Р. Р. Макаров
А. А. Габелов

Оперативная гинекология

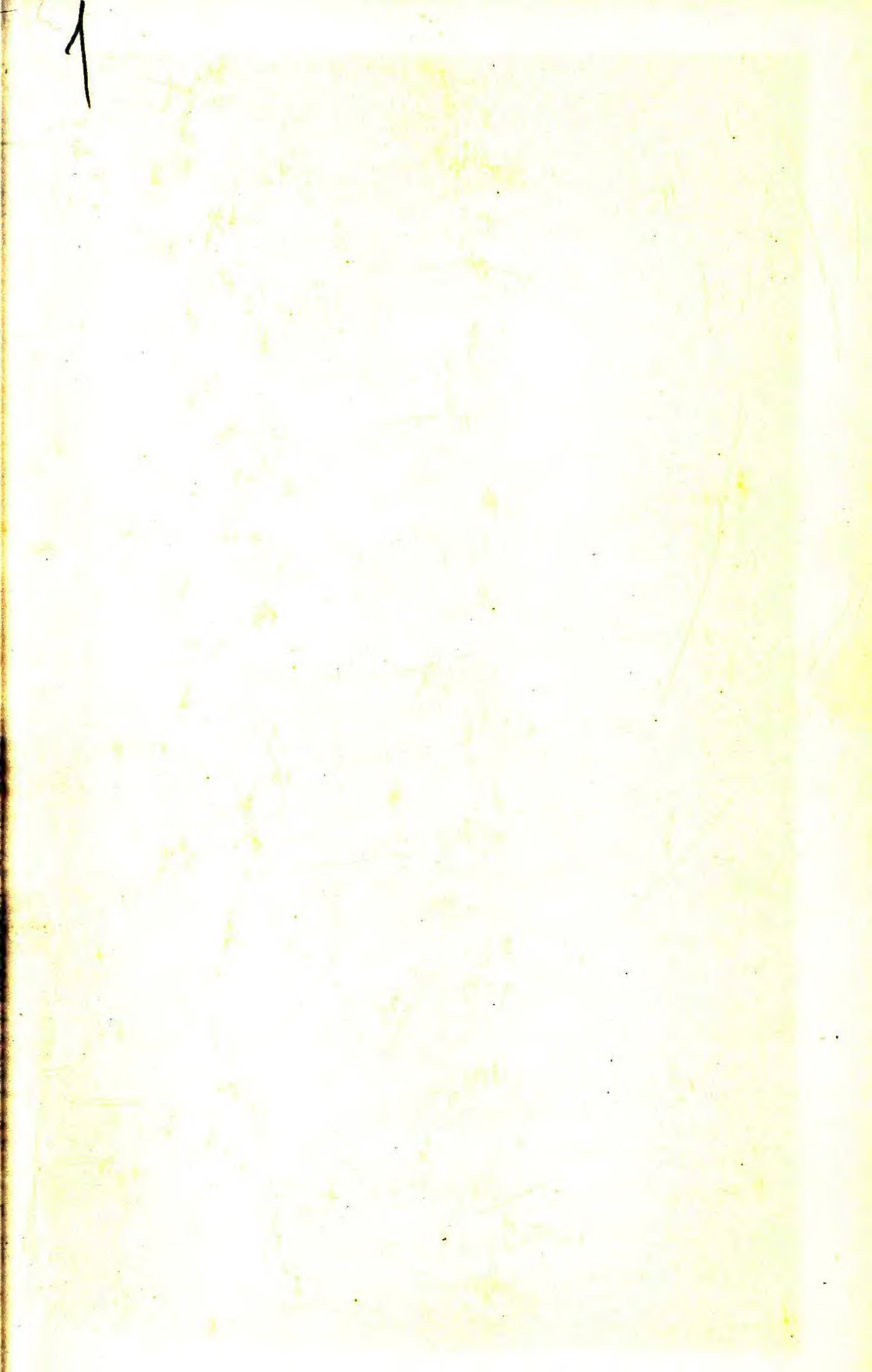
Библиотека практического врача

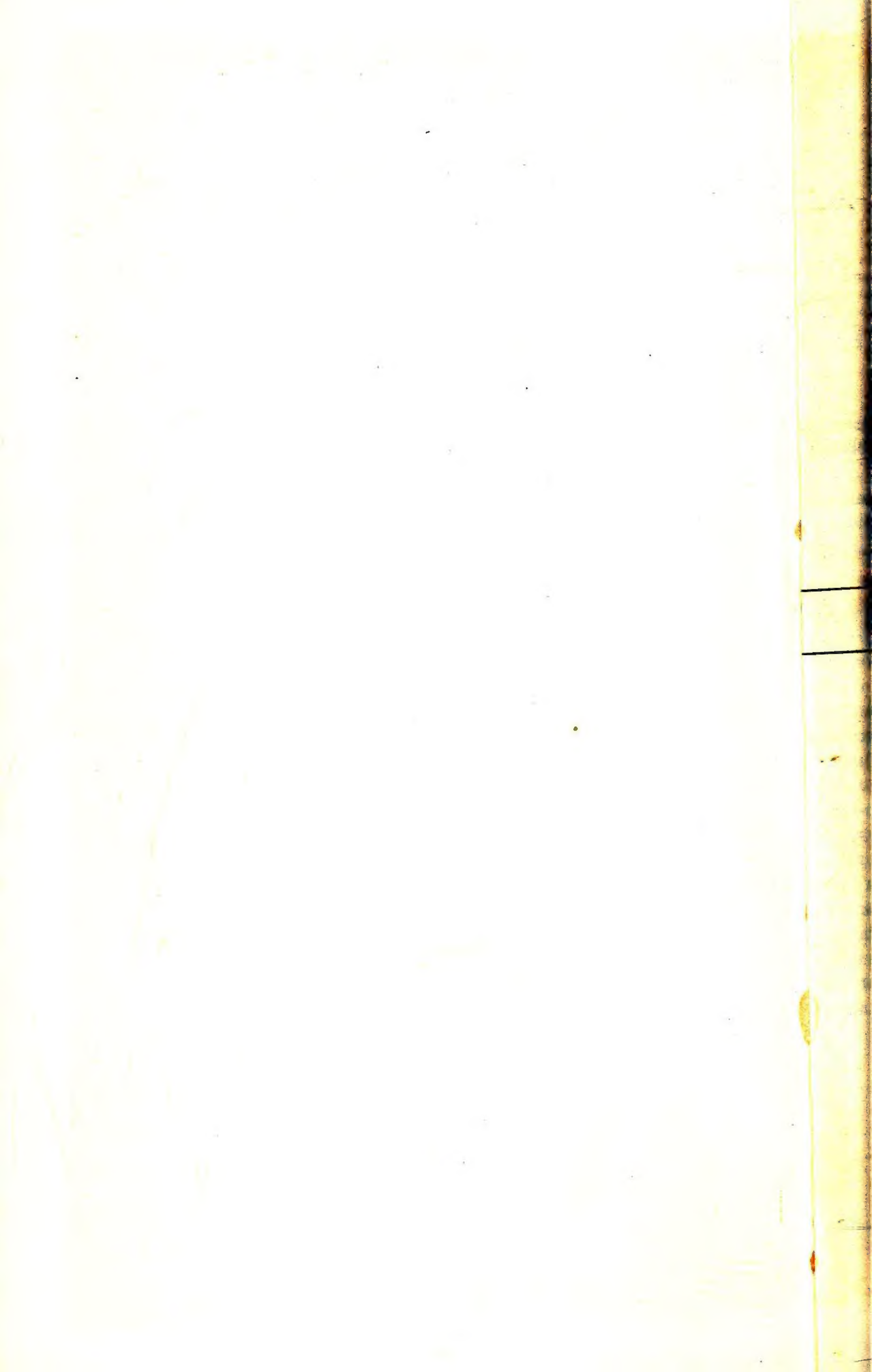
Актуальные вопросы акушерства и гинекологии

БПВ

Медицина
1979







Р. Р. Макаров, А. А. Габелов

Оперативная гинекология

(издание второе,
переработанное и дополненное)

Библиотека практического врача

Актуальные вопросы
акушерства
и гинекологии



Москва. «Медицина». 1979

УДК 618.1-089.8

Оперативная гинекология. 2-е изд. МАКАРОВ Р. Р., ГАБЕЛОВ А. А. — М.: Медицина, 1979, 328 с., ил.

Макаров Р. Р. — профессор, автор более 120 научных работ, в том числе ряда учебных пособий и монографий по различным вопросам физиологического и патологического акушерства, а также гинекологии.

Габелов А. А. — профессор, заведующий гинекологическим отделением Центрального научно-исследовательского рентгено-радиологического института МЗ СССР, автор более 150 научных работ, в том числе нескольких монографий по акушерству, гинекологии и онкогинекологии.

В книге изложены хирургические методы лечения различных гинекологических заболеваний, в том числе злокачественных новообразований. Помимо описания техники операций, рассматриваются вопросы о показаниях и противопоказаниях к хирургическому лечению, обсуждаются клинические условия, необходимые для реализации тех или иных вмешательств, а также возможности и особенности хирургических доступов к патологическим очагам. Освещены также некоторые вопросы хирургической анатомии применительно к этим доступам. Описана техника операций на промежности, влагалище и шейке матки, различные виды кольпорафии, техника ушивания пузырно-влагалищных и прямокишечно-влагалищных свищей, операций на внутренних половых органах (овариэктомия, надвлагалищная ампутация и экстирпация матки, а также различные вмешательства на трубах). Описана методика выполнения специальных диагностических приемов, связанных с использованием хирургической техники (гистеросальпингография, тазовая флебография, тазовая прямая лимфография, различные виды лапароскопии). В специальном разделе объединены вопросы комбинированного и комплексного лечения злокачественных новообразований гениталий. Изложены методы хирургического лечения гнойных заболеваний и травматических повреждений половых органов.

Книга рассчитана на гинекологов.

В книге 123 рис., 3 табл., библиография — 53 наименования.

М $\frac{51900-273}{039(01)-79}$ 155—79 4123000000

ПРЕДИСЛОВИЕ

Оперативная гинекология, так же как и ряд других хирургических специальностей, благодаря общему развитию медицинских знаний, в последнее время получила свое дальнейшее и плодотворное развитие. Владение оперативной техникой и успешное использование ее в практической деятельности врача предусматривают, кроме всего прочего, четкое знание хирургической анатомии. Как известно, взаимоотношения органов малого таза достаточно сложны, а при патологических нарушениях могут существенно отличаться от нормальных. Нередко при вскрытии брюшной полости врачу приходится видеть совсем не ту картину, которая описывается в руководствах по анатомии. Топографоанатомические взаимоотношения, обусловленные тем или иным патологическим процессом, могут не только существенно искажать истинное состояние, но и затруднять доступ к операционной области. Поэтому при написании настоящего пособия авторы руководствовались стремлением изложить большинство вопросов оперативной гинекологии, используя определенную систему с тем, чтобы читатели могли познакомиться со всеми особенностями хирургической специальности, которая объединяется понятием оперативная гинекология.

Такое распределение материала представляется удобным прежде всего в учебных целях и методически оправданным, так как будет наиболее полно способствовать усовершенствованию молодых специалистов. Следует добавить, что при изложении конкретных вопросов хирургического лечения больных авторы исходили из стремления дать как можно больше практических рекомендаций, хотя отчетливо представляли, что техника выполнения тех или иных операций не может быть шаблонной, так как в большинстве случаев только на операционном столе окончательно решаются детали операции в целом. Поэтому в книге излагаются не только технические стороны хирургических операций, но и многие клинические аспекты, которыми могут предопределяться исходы хирургических вмешательств.

Развитие хирургических методов лечения ряда женских заболеваний привело к предложению значительного числа вариантов их технического выполнения, направленных, однако, к достижению одной и той же цели. В большинстве случаев те или иные варианты технического выполнения операций мало чем отличаются друг от друга, а имеющиеся различия не всегда носят принципиальный характер. Поэтому авторы сочли целесообразным при изложении ряда хирургических вмешательств рассмотреть только употребительные варианты, которые наиболее полно обеспечивают цели операции.

Руководство для врачей «Оперативная гинекология», изданное в 1977 г., вскоре после выхода из печати быстро разошлось. Между тем издания такого характера приобретают особенно важное значение для молодых врачей, занимающихся самостоятельной хирургической деятельностью в области гинекологии и в смежных областях.

Во втором издании авторы сочли уместным исключить главу об истории развития и становления оперативной гинекологии как специальности и дополнить первую часть руководства материалами по организации хирургической службы в условиях специализированного стационара, расширить сведения о работе хирургического блока. Коренным образом переработана и дополнена глава, посвященная тактическим вопросам и лечению абортов; необходимость этого стала очевидной в результате ознакомления с многочисленными письмами читателей. Авторы сочли необходимым также дать некоторые рекомендации по техническому выполнению ряда диагностических приемов, связанных с использованием гистеросальпингографии, пельвиоперинеоскопии, тазовой прямой лимфографии и флебографии, получивших в гинекологической и онкологической практике обоснованное признание.

Авторы с благодарностью примут все замечания и пожелания читателей.

ЧАСТЬ I

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Глава 1

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И МЕТОДАМ ОБУЧЕНИЯ ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКЕ

Хирургическая операция относится к такому виду врачебной помощи, успех которой, помимо выполнения необходимых технических приемов, зависит от согласованности ряда вспомогательных мероприятий, достаточно полно разработанных в настоящее время. Необходимо также отметить, что в хирургической практике не существует «мелочей», поскольку кажущаяся «мелочь» может повлечь за собой серьезные осложнения. В связи с этим полезно напомнить о правилах, соблюдение которых всегда способствует успеху хирургического вмешательства. Многолетний опыт позволяет остановиться на тех из них, которые по существу важны для любого оперативного вмешательства.

Первое правило состоит в том, что не следует удлинять без достаточной необходимости время операции, так как чем дольше больная находится под наркозом с открытой брюшной полостью, тем сложнее происходит восстановление нарушенного равновесия после операции. Второе правило, одно из наиболее важных, заключается в том, что к каждой операции необходимо сформулировать четкие показания, а для ее реализации должны иметься соответствующие условия. Наконец, третье правило относится к качеству и полноте подготовки больной к операции и организации правильного послеоперационного ухода, от которых зависит успех операции в целом. Ниже рассмотрены те вопросы, которыми определяется этот успех. Несмотря на то что изложение материала руководства имеет в виду плановые операции, ряд положений будет применим и к хирургическим пособиям, выполняющимся в порядке экстренной помощи.

Методика обучения гинекологическим операциям. Как показывает опыт, самое правильное и действенное обучение состоит в активном участии в ассистировании опытному хирургу-педагогу. Естественно, что вначале следует осваивать

более простые хирургические вмешательства, а затем, по мере накопления опыта и овладения хирургическими навыками, переходить к более сложным. Чрезвычайно важно, чтобы обучающийся не только овладевал навыками хирурга, обеспечивающими техническое выполнение операции того или иного объема и сложности, но и умел обосновать необходимость ее применения, а также мог оценить условия для ее производства. Одновременно следует накапливать опыт по ведению послеоперационного периода, а также обоснованности и своевременности оказания необходимой помощи, если послеоперационное течение осложнится или потребует предупреждения возможных осложнений.

Вместе с тем не только молодому, но и достаточно опытному хирургу в ряде случаев полезно отработать отдельные виды операции или ее детали на трупе или животных. Поэтому важным объектом обучения может стать свежий труп или в крайнем случае «формалиновый», т. е. тот, который обычно используется на занятиях по анатомии или оперативной хирургии. Этот метод обучения, проводимый под руководством педагога, предусматривает выполнение определенного цикла гинекологических операций после предварительного изучения хода вмешательств и их последовательных этапов по учебнику. Однако проведение занятий на трупах, тем более на свежих, не всегда возможно. Поэтому для обучения может быть использован специальный фантом Занятия на фантоме хотя и не могут полностью заменить работу на трупе, а также ассистирование опытному хирургу на операции, тем не менее они позволят обучиться технике ряда даже довольно сложных гинекологических вмешательств.

Для изготовления такого фантома из свежего трупа вырезают комплекс тканей, содержащий внутренние и наружные половые органы женщины. С целью обучения более сложным гинекологическим операциям в комплекс половых органов могут быть включены почки с мочеточниками, мочевым пузырем и окружающей их клетчаткой. Весь комплекс, изъятый из трупа, фиксируют в жидкости Винкеля (Hydrarg. bichl. cor.-1,0; Glycerini 250,0; Aq. dist. 1000,0). Обработанный в этом составе анатомический препарат, не теряя мягкости и эластичности тканей, сохраняется сравнительно долго, что позволяет использовать его в течение длительного времени.

После приготовления препарата его аккуратно на растяжках расправляют на фантоме, на котором он фиксируется к специальным колечкам (рис. 1). Подготовленный для операции фантом может быть использован для большого числа различных гинекологических вмешательств. По окончании занятий, если тканевый комплекс полностью не использован, его снимают с фантома и опускают в раствор до следующего занятия.

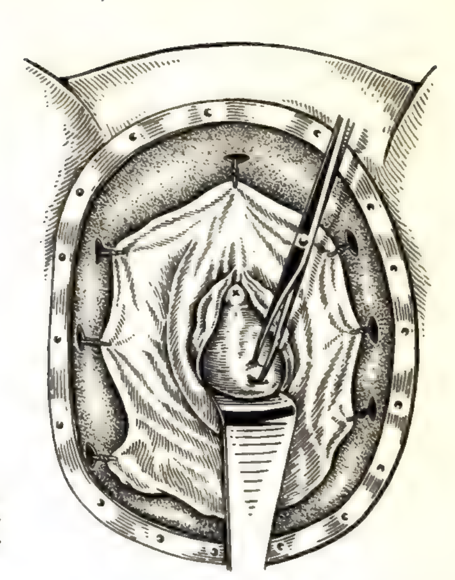
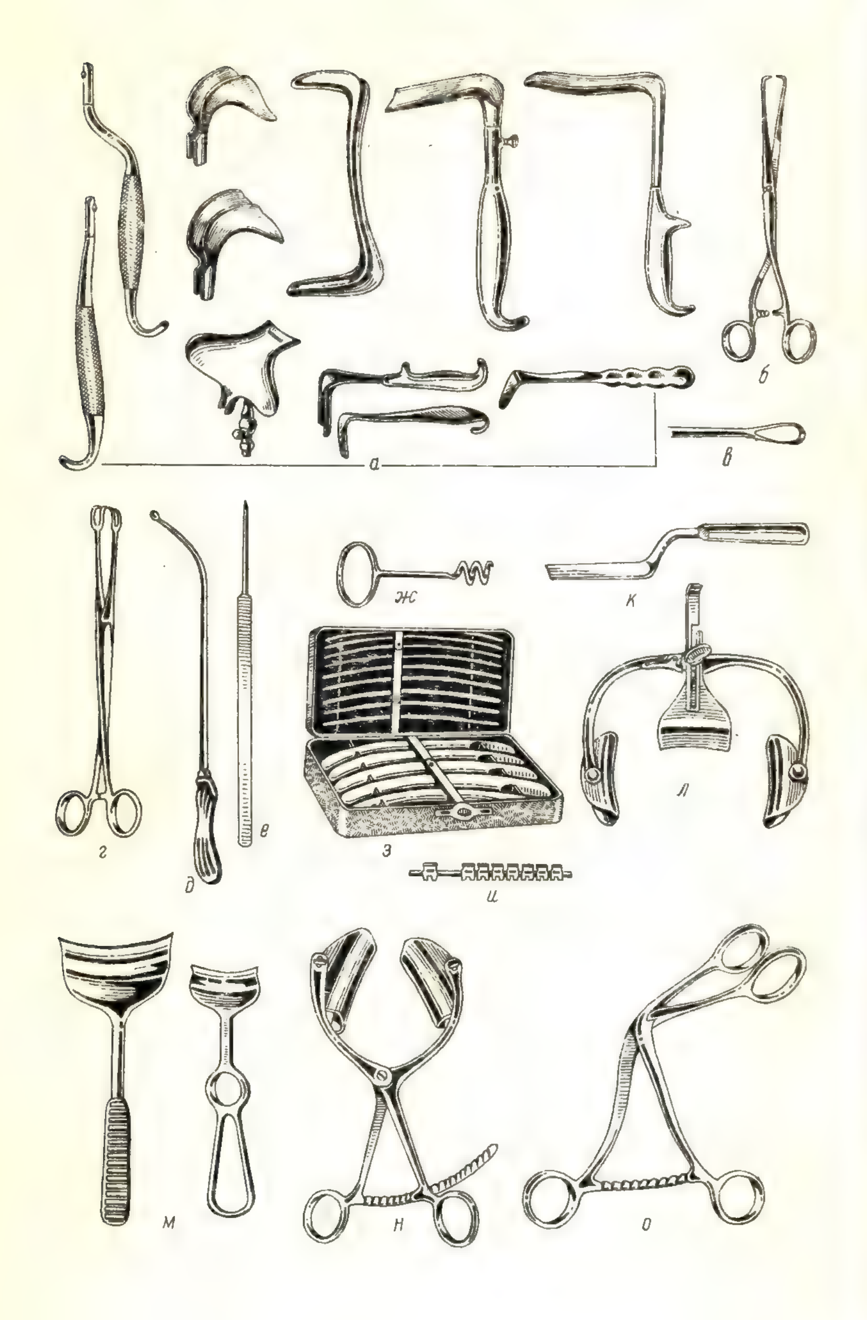


Рис. 1. Общий вид учебного фантома для обучения акушерско-гинекологическим операциям.

Работа на таком фантоме должна быть организована в определенной последовательности. Вначале демонстрируются операции на трубах, затем на яичниках; после этого может быть выполнена энуклеация миоматозных узлов матки и, наконец, надвлагалищная ее ампутация. Для демонстрации экстирпации матки необходимо иметь весь комплекс половых органов. На фантоме могут быть также отработаны некоторые операции, требующие влагалищного доступа, например, на шейке матки (диатермокоагуляция, электроэксцизия, ушивание разрывов, ампутации влагалищной части шейки матки). Естественно, что на фантоме могут быть выполнены и простая пластика при опущении стенок влагалища, укрепление мышц тазового дна и даже ушивание пузырно- или ректовагинальных свищей.

Какая бы методика обучения ни была избрана, работа на трупах или фантоме должна быть максимально приближена к условиям действительной операции, т. е. быть такой же строгой, с четким и тщательным выполнением всех этапов. Не следует допускать погрешности в асептике или точности действия хирурга, оправдываясь тем, что операция производится на фантоме. Приобретение правильных навыков на всех этапах хирургических операций возможно только в том случае, если обучающийся с первых своих шагов в качестве хирурга, в каких бы условиях это обучение ни проходило, будет



а
б
в
г
д
е
ж
з
и
к
л
м
н
о



Рис. 3. Правильная и неправильная работа с хирургическими инструментами.

Держание скальпеля: *а* — правильное; *б* — неправильное.

Рис. 4. Отдельные этапы применения иглодержателя при наложении швов.

Держание иглодержателя:
а, б — правильное; *в, г, д* — неправильное.

←

Рис. 2. Набор некоторых хирургических инструментов.

а — различные влагалищные зеркала и подъемники; *б* — пулевые щипцы; *в* — верхний конец кюретки; *г* — щипцы, двузубцы острые; *д* — маточный зонд; *е* — зонд с насечками (Пфейфера); *ж* — штопор; *з* — набор расширителей Гегара; *и* — металлические скобки (серфины Мишеля); *к* — шпатель (в форме штыка) для брюшных операций; *л* — трехстворчатое зеркало-расширитель брюшной раны; *м* — брюшные зеркала (расширители раны); *н* — двустворчатое зеркало-расширитель брюшной раны; *о* — щипцы для захватывания тела матки.

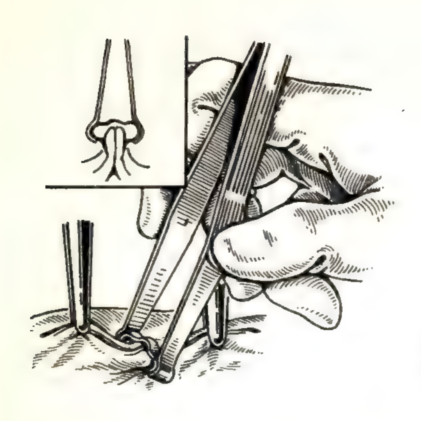


Рис. 5. Правильное использование специального пинцета для наложения металлических скобок.

испытывать полноту ответственности. Поэтому, чтобы подобное обучение было максимально приближено к действительности, надо одновременно обучать технике обработки рук хирурга, одеванию халата, перчаток, специальной обработке операционного поля, а также слаженному действию хирурга, ассистентов и операционной сестры.

Хирургический инструментарий. Для выполнения гинекологических операций используется обычный инструментарий, за исключением некоторых инструментов, применяемых только в гинекологической практике. Специальные инструменты отличаются некоторым своеобразием конструкции, обеспечивающей возможность манипуляций в глубине таза. На рис. 2 показаны различные виды гинекологических хирургических инструментов. В хирургической практике обычно используются режущие и круглые иглы, как правило, изогнутые, причем их размеры и кривизна изогнутости выбираются в соответствии с моментом операции и характером оперируемых органов.

Нередко приходится видеть, как начинающий хирург не всегда правильно работает инструментами, излишне утомляясь. На рис. 3, 4 и 5 показано, как следует держать хирургические инструменты.

Здесь же целесообразно упомянуть еще об одной ошибке, которую нередко допускают молодые врачи. Речь идет о технике послойного ушивания ран. В этих случаях нередко в шов захватывается только тот слой ткани, который в данный момент ушивается: мышца, апоневроз, подкожная клетчатка, кожа. В результате такого ушивания между ушитыми слоями остаются свободные пространства, образующие по длиннику раны подобие «каналов». Вместе с тем даже при незначи-



Рис. 6. Схема ушивания кожной раны.
а — правильное; *б* — неправильное.

тельности такого пространства в нем всегда будет сохраняться излившаяся из кровеносных и лимфатических сосудов жидкость, которая затрудняет заживление ран, и иногда является основной причиной заживления вторичным натяжением. Неправильное ушивание раны, по-видимому, обусловлено тем, что не всегда помнят, что в нормальных условиях щелей между слоями тканей не существует, а стенки сосудов целы. Как бы ни казалось, что рана «сухая» и кровотечения нет, тем не менее через какое-то время она постепенно будет увлажняться тканевой жидкостью, которая выполняет созданный «раневой канал». Поэтому рану нужно зашивать так, чтобы при ушивании последующего слоя захватывался предыдущий. В этом случае в известной мере восстанавливаются нормальные топографические взаимоотношения тканей и между слоями не образуется свободного пространства (рис. 6).

Шовный материал. Для хирургических операций в качестве шовного материала чаще всего применяют шелковые, кетгутовые и капроновые (или лавсановые) нитки, толщина которых выбирается в зависимости от этапа и момента операции (ушивание мочевого пузыря, брюшины, кишки, апоневроза, кожи или других тканей). В гинекологической практике в основном приходится использовать нитки не толще четвертого номера. Для ушивания кожи могут применяться также металлические скобки, которые, однако, самостоятельно использовать не следует, так как скобки сближают лишь поверхностные края кожной раны. Поэтому чаще их применяют дополнительно к нескольким основным шелковым швам, которыми легче сблизить все слои брюшной стенки, захватывая при этом в определенных точках и поверхность апоневроза. Скобки не образуют в подкожной клетчатке лигатурных

каналов, в которые при определенных условиях может проникнуть инфекция.

Организация и работа в хирургическом блоке. Для выполнения любой операции существенное значение имеет организационная сторона дела. Это в первую очередь относится к операционному блоку, его общему состоянию, надежному обеспечению всеми материалами, медикаментами, специальной аппаратурой и оборудованием для проведения срочных лабораторных исследований, а также к хорошо обученному среднему медицинскому персоналу. Не должно возникать ситуаций, при которых хирург, начав операцию, вынужден прервать ее в ожидании приготовления чего-то, что должно быть предусмотрено заранее характером предстоящего вмешательства. Старшая операционная сестра в этих вопросах является основным действующим лицом, ответственным за организацию всей работы в операционном блоке.

В операционном блоке должно быть предусмотрено все необходимое для трансфузии крови, лекарственных растворов и реанимации больной, если во время операции в этом возникает необходимость, а также противоопухолевые препараты на случай, если удаляемая опухоль окажется злокачественной.

Обеспечение стерильной обстановки в операционной. В современных операционных часто используется множество аппаратов, систем и специальных блоков, применяемых непосредственно хирургами и анестезиологами. Поэтому не следует допускать свободного вхождения в операционную людей, не участвующих в операции или не обеспечивающих ее другими средствами. Особенно опасно перемещение персонала из «гнойной» операционной в «чистую». Не должно разрешаться пребывание в операционной персонала в масках, которые использовались в других отделениях. Маски должны быть получены здесь же, в предоперационной. Важно также не допускать пребывание в операционной в обуви, которой пользовались в других отделениях. Если же в предоперационной обувь не меняется, то на нее нужно надевать полотняные чулки (бахилы). Халаты следует использовать только операционного отделения и наглухо их застегивать. Хирурги не должны работать в шелковом нательном белье или шерстяной одежде. Перед операцией следует переодеваться в специальное полотняное белье, полученное в операционном отделении.

Эта рекомендация продиктована не только соображениями асептики, но и тем, что во время операции нередко используются кислород и эфир. Шелковая, синтетическая и шерстяная ткани, как известно, нака-

пливают статическое электричество, которое при определенных условиях может давать искровую разрядку. Близость паров эфира при этом весьма опасна.

Несмотря на развитие в медицинской практике приемов обеззараживания, вопрос о подготовке рук хирурга не потерял своей актуальности. Прошли времена, когда широко использовались методы Земмельвейса и Листера. Однако опыт свидетельствует о том, что и в настоящее время полезно обсудить некоторые вопросы асептики, так как подготовка рук хирургов, требующая определенной последовательности, часто необоснованно нарушается. Достаточно привести несколько примеров. Если руки моют последовательно двумя стерильными щетками, то нередко не соблюдается основное правило, согласно которому использование второй щетки должно ограничиваться пределами участков рук, уже вымытых первой щеткой. Так, если первой щеткой руки моют до локтя, то второй — только до середины предплечья, иначе теряется смысл использования второй стерильной щетки. Не всегда пунктуально соблюдается правило планомерного мытья всех поверхностей пальцев (околоногтевые участки, тыл кисти и ладони), в результате чего обработка рук оказывается несовершенной. Неодинаково тщательно моют обе руки, причем левую — чаще лучше правой; возможно, это зависит от того, что человек обычно лучше владеет правой рукой, чем левой. Руки хирурга требуют особенно тщательного ухода; если с поверхности рук удалить микробов сравнительно легко, то значительно труднее они удаляются из глубины пор или складок кожи. Наиболее значительное скопление микробов на руках обычно имеется в трещинах и естественных углублениях, например корнях волос, потовых и сальных железах; причем и у здоровых людей до 10% составляют патогенные формы, особенно при наличии различных кожных заболеваний. Поэтому хирург и любой другой персонал операционной при наличии заболеваний кожи не имеет права принимать участие в операции. Известны случаи послеоперационных воспалительных осложнений (нагноения, перитониты, сепсис), причиной которых было инфицирование хирурга или операционной сестры. Участники операции либо скрывали наличие у них воспалительных заболеваний, даже на отдаленных участках тела, или инфекции, в частности начальных стадий болезни носоглотки, либо не придавали этому значения.

В настоящее время существуют различные способы подготовки рук. Ниже рассмотрены три из них, наиболее часто употребляемые в клинической практике и дающие необходи-

мый эффект. Следует начать с предложенного еще в 1888 г. общепризнанного метода Фюрбрингера, которым пользуются многие хирурги и в настоящее время.

Мытье рук осуществляется двумя стерильными щетками с мылом в теплой проточной воде по 5 мин каждой. После высушивания рук стерильным полотенцем в течение 3 мин их обрабатывают 70% спиртом, затем 2,5% раствором сулемы (2 мин) и, наконец, ногтевые ложа и складки тыла пальцев смазывают 5% настойкой йода.

Опыт показал, что такая обработка рук, хотя и создает необходимый эффект, тем не менее не лишена некоторых недостатков. Прежде всего необходимо обратить внимание на продолжительность процедуры обработки. Кроме того, такая обработка при частом применении нередко ведет к образованию дерматитов, которые могут возникать у хирургов, по-видимому, вследствие непереносимости сулемы. Опасность возникновения дерматита существенно снижается, если температура употребляемых воды и раствора сулемы примерно одинакова.

Второй метод подготовки рук персонала, получивший всеобщее признание и широкое распространение среди хирургов, был предложен в 1929 г. С. И. Спасокукоцким (совместно с И. Г. Кочергиным). Этот способ не менее надежен, чем метод Фюрбрингера, требует значительно меньше времени, однако, так же как и первый, приводит к раздражению рук.

Мытье рук обычным способом с мылом в проточной воде и последующая обработка их марлевым тампоном в двух тазах с 0,5% раствором нашатырного спирта, по 2½ мин в каждом[1].

Третий метод, несмотря на простоту, вполне обеспечивает необходимую асептику. Он состоит в обычном мытье рук в проточной воде с мылом (без щетки). По окончании мытья на руках не должно оставаться мыла. Затем руки высушивают полотенцем и обрабатывают специальным раствором в тазу марлевым тампоном или губкой в течение 2 мин.

Раствор приготовляется заранее по следующей прописи: 34,6 мл 99,7% муравьиной кислоты смешивают с 82 мл 28% пергидроля. Смесь должна «зреть» в течение 8 ч и может сохраняться в обычных условиях до 3 сут. В день операции смесь (общим количеством 116,5 мл) разбавляют дистиллированной водой до общего объема, равного 5 л. Приготовленный раствор может сохранять рабочее состояние до 12 ч. Одним раствором, без смены, могут пользоваться несколько человек. По прошествии 12 ч раствор меняют.

---

[1] Техника приготовления такого раствора следующая: на каждые 100 мл горячей кипяченой воды берут 0,5 мл нашатырного спирта. Приготовленный раствор хранят в бутылях и пользуются им либо с помощью педали (проточный метод), либо в тазах.

После использования любого из этих методов ногтевые ложа и складки тыла пальцев должны быть обработаны 5% настойкой йода. Если в процессе работы перчатки будут повреждены, даже в результате укола иглой, их нужно заменить новыми. Рука после снятия перчатки должна быть вновь тщательно обработана спиртом и высушена стерильной салфеткой.

В целях сохранения стерильности рук хирург должен выработать в себе четкий рефлекс начинать операцию по возможности на менее инфицированных участках.

Виды оперативных доступов. Оперативная гинекология включает разные по объему и направленности гинекологические вмешательства, а также использует различные по характеру оперативные доступы. В практике в основном применяются два — брюшностеночный и влагалищный, однако существуют различные их варианты и сочетания. Выбор оперативного доступа определяется характером заболевания. В одних случаях может потребоваться использование брюшностеночного доступа (например, операции, предпринимаемые по поводу внематочной беременности или удаления кист яичников), в других — только влагалищного, без вскрытия брюшной полости (операции на наружных половых органах, влагалище, шейке матки или матке). Вместе с тем существуют гинекологические заболевания, хирургическое лечение которых может потребовать использования обоих оперативных доступов, т. е. брюшностеночного и влагалищного. Может встретиться необходимость использования доступа к патологическому очагу только со стороны брюшной стенки, но без вскрытия брюшной полости, т. е. экстраперитонеально.

В гинекологической практике существует еще один вид доступа в брюшную полость, при котором чревосечение производится со стороны влагалища — влагалищное чревосечение. Выбор оперативных доступов, помимо учета характера заболевания, связан также с предполагаемым объемом оперативного вмешательства и условиями, диктующими необходимость хирургического лечения.

Многие технические элементы гинекологических операций, выполняемых путем брюшностеночного или влагалищного чревосечения, а также чисто влагалищных, разработаны выдающимися отечественными (В. Ф. Снегирев, А. П. Губарев, Д. О. Отт, М. В. Елкин, Л. Л. Окинчиц, К. К.Скробанский, А. И. Серебров, К. М. Фигурнов, А. Э. Мандельштам и др.) и зарубежными (Шредер, Бумм, Пфанненштиль, Штеккель и др.) хирургами.

Особого внимания заслуживают работы по детальной разработке технических приемов влагалищного чревосечения, выполненные нашим соотечественником Д. О. Оттом, который не только разработал, но и виртуозно производил различные операции, в том числе и экстирпацию матки с придатками со стороны влагалища. Из этого же доступа Д. О. Отт осуществлял достаточно полную ревизию органов брюшной полости. Опыт свидетельствует, что влагалищные операции, в том числе и чревосечение, переносятся больными значительно легче, так как послеоперационный период протекает с меньшими осложнениями, чем после брюшностеночной лапаротомии.

Не умаляя преимуществ влагалищного способа хирургических вмешательств, следует отметить, что в современных условиях опасность осложнений в послеоперационном периоде, которые возможны в результате использования брюшностеночного доступа, не столь значительна. Поэтому такие факты, как лучшая обзорность, техническая доступность подхода к любому органу брюшной полости, делают брюшностеночное чревосечение более предпочтительным. Возможности современной анестезиологии столь широки, что устранение осложняющих послеоперационное течение факторов значительно облегчено.

В настоящей книге нет необходимости останавливаться на технике экстирпации матки влагалищным путем, которая, будучи доступной специалистам, имеющим большой хирургический опыт, в принципе нецелесообразна. Поэтому в соответствующих разделах будет рассматриваться техника гинекологических операций на органах брюшной полости, преимущественно со стороны брюшной стенки (брюшностеночное чревосечение), и всех гинекологических операций с доступом со стороны влагалища, выполняющихся на наружных половых органах, влагалище, шейке и матке без вскрытия брюшной полости. Каждый из этих двух видов оперативных доступов, используемых для гинекологических операций, принципиально различен не только по характеру самих вмешательств, но и по особенностям, которые обусловлены анатомо-топографическими взаимоотношениями органов. Этим в известной мере объясняется принятое разделение излагаемого материала при рассмотрении клинических вопросов и техники операций, выполняемых со стороны влагалища, и оперативных вмешательств, связанных с брюшностеночным оперативным доступом.

Отбор больных для оперативного лечения и выбор хирурга. На эти вопросы следует обращать самое серьезное внимание, так как от их правильного решения, так же как и от метода обезболивания, качества выполненной операции, правильного ведения послеоперационного периода, зависит исход хирургического вмешательства в целом и последующее состояние здоровья больной. При назначении больных на операцию может возникнуть вопрос в отношении выбора наиболее

целесообразного времени для выполнения вмешательства. Выбор времени операции зависит от общего состояния больной, срока ожидаемой менструации и других общеклинических факторов.

Чрезвычайно важно уточнить состояние сердечно-сосудистой, мочевыделительной, дыхательной систем. Сопутствующие заболевания могут осложнить как проведение самой операции, так и течение послеоперационного периода, поэтому время операции (если нет экстренных показаний) должно быть установлено после того, как будут устранены сопутствующие патологические нарушения или должным образом оценены изменения в органах и системах организма. Своевременное выявление и лечение той или иной сопутствующей патологии или соответствующая ее квалификация позволяет соответственно подготовиться к проведению операции.

Опыт показывает, что оперировать в период менструации не следует, так как это неблагоприятно сказывается на самой операции и течении послеоперационного периода. Операции, предпринимаемые на влагалище, особенно шейке матки, не должны выполняться и накануне ожидаемой менструации, так как не исключена возможность привития на свежей ране клеток отторгающегося слоя эндометрия с развитием в дальнейшем в этих местах очагов эндометриоза. Следует иметь в виду, что женщины, особенно старшего возраста, нередко страдают заболеваниями печени и желчного пузыря, почек, гипертонической болезнью, сердечно-сосудистой патологией, диабетом, анемией, гиповитаминозом и др. В послеоперационном периоде у этих больных нередко возникает обострение заболеваний и хорошо выполненная операция даст неполный эффект. Некоторые осложнения могут принимать тяжелую форму и приводят к летальному исходу.

При отборе больных для оперативного лечения иногда приходится решать вопросы специального характера. К их числу относят выбор тактики лечения злокачественных новообразований гениталий. Лечение подобных заболеваний не всегда целесообразно начинать с хирургического этапа. В ряде случаев, например, при злокачественных опухолях яичников, оперативному вмешательству могут предшествовать лучевая или химиотерапия. Комплексное лечение таких больных должно иметь четкий план, в который включается и хирургический этап.

Таким образом, только при соблюдении строгих и обоснованных правил по отбору больных для хирургического лечения может быть достигнут наиболее благоприятный эффект, как

непосредственный, так и в отдаленном периоде жизни женщины. Вместе с тем следует указать, что с решением чисто медицинских вопросов еще не обеспечиваются условия, при которых хирург имеет моральное право приступить к операции. Возникает необходимость получения согласия больной на операцию, поскольку по законам нашей страны любое хирургическое вмешательство, даже по экстренным показаниям, может быть предпринято только с согласия самой больной или ее родных, если она несовершеннолетняя или находится в бессознательном состоянии. Если по тем или иным причинам больная сама дать согласие на операцию не может, а для переговоров с ее родственниками нет времени из-за необходимости экстренного вмешательства, то в таких эксквизитных случаях решение о необходимости оперативного лечения принимается несколькими врачами, фиксируется в истории болезни и скрепляется подписями участников консилиума.

Больная должна знать и объем предстоящей операции, так как в этих случаях следует учитывать специфику женского организма. Больные часто задают вопрос, что последует за операцией и в какой мере сохранится половая функция. Нередко они отказываются от операции, узнав, что после нее менструации прекратятся и женщина станет бездетной. Это обстоятельство приходится учитывать при определении объема хирургического вмешательства, особенно если можно ограничиться максимально щадящей операцией. Однако отказы от операции встречаются редко, так как в принятии положительного решения больной правильная информация о необходимости хирургического лечения или создание убежденности в отсутствии другого выбора приобретают существенное значение.

Не менее важен и другой вопрос, кто из врачей данного медицинского учреждения может наиболее успешно выполнить намеченную операцию. Клинический опыт показывает, что этот вопрос заслуживает не меньшего внимания, чем установление показаний и отбор больных для оперативного лечения. Этот вопрос возникает в лечебных учреждениях, где работает несколько хирургов и имеется руководитель учреждения, справедливо оценивающий технические возможности и опыт каждого. Практика показывает, что даже в больших клиниках при наличии многих и хорошо оперирующих врачей кому-то лучше удаются одни операции, кому-то — другие. Поэтому в интересах здоровья больных принцип назначения хирурга должен строго учитываться.

Подготовка больных к операции. В каждой специальности

существуют свои особенности подготовки больных к операции. В гинекологии вследствие ее специфики также имеются свои особенности при подготовке больных к хирургическому лечению. Правила подготовки больных к операции в общих чертах сводятся к следующему. Перед операцией, за 1—2 дня больную моют под душем. Мыть больных накануне операции и в ванне недопустимо. Волосы на лобке следует сбрить. Одним из существенных моментов в подготовке больных является питание и функция кишечника в ближайшие дни перед операцией. Можно рекомендовать следующую схему подготовки, которая хорошо зарекомендовала себя на практике.

В день, предшествующий операции, больная не должна обедать и ужинать, а в день операции — завтракать. Накануне операции тщательно очищают кишечник с помощью клизмы. В тех случаях, когда операция предпринимается по срочным показаниям, если состояние больной позволяет, производят промывание желудка, а кишечник очищают сифонной клизмой. Забота о состоянии кишечника перед операцией и его подготовка имеют существенное значение в благополучном течении послеоперационного периода. Уже на 3-й день после операции у большинства больных возникает вздутие кишечника за счет газообразования. При плохой перистальтике или парезе кишечника начинают формироваться признаки грозного осложнения, требующего специального ведения и лечения оперированных.

Наличие в желудке жидкости или пищевых масс во время операции, а также в ближайшее время после нее таит в себе опасность *регургитации,* особенно тогда, когда больная еще не вполне вышла из состояния наркоза. Содержимое желудка легко может *аспирироваться в дыхательные пути* и вызвать тяжелые осложнения.

Если больной предстоит влагалищная операция, то непосредственно перед ней производится обработка влагалища (мытье с мылом теплой водой, обработка спиртом). При чревосечениях, предпринимаемых с целью экстирпации матки, после обработки влагалище нужно смазать настойкой йода и ввести тампон. Это делается в целях максимального ограждения брюшной полости от попадания микроорганизмов из влагалища при его вскрытии.

Накануне дня операции больных переводят из общей палаты в предоперационную, в которой выполняют назначения анестезиолога. Эти назначения в основном сводятся к приему седативных средств, под влиянием которых больные хорошо спят ночью, а утром переводятся в операционную в состоянии,

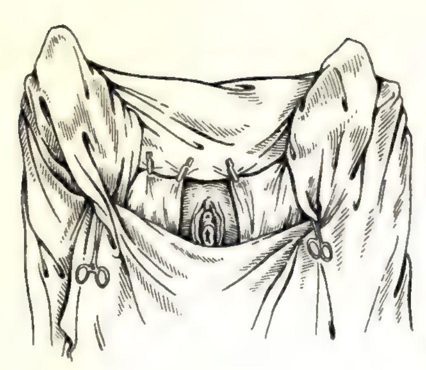


Рис. 7. Общий вид операционного поля больной, подготовленной к влагалищной операции.

при котором неотчетливо воспринимают предстоящую операцию. Перед отправкой больной в операционную мочу *обязательно выпускают катетером*. Опорожнять мочевой пузырь нужно и тогда, когда больная мочилась самостоятельно, так как в пузыре всегда имеется остаточная моча. Следует помнить, что заполненный мочевой пузырь может быть легко поврежден во время вскрытия брюшной полости.

На операционном столе хирург или один из его ассистентов проводит обработку операционного поля. Если предполагается чревосечение, кожу моют эфиром, высушивают марлевым тампоном, затем спиртом и, наконец, обрабатывают йодом; при этом тщательно должна быть вымыта область пупка.

Перед влагалищными операциями обработке подвергают промежность, влагалище, которые моют спиртом и смазывают йодом. Этим этапом заканчивается подготовка операционного поля и больную укрывают стерильным бельем, оставляя незакрытой область, на которой предстоит операция. Общий вид больных перед началом влагалищной операции показан на рис. 7.

Некоторые вопросы обезболивания при гинекологических операциях. Предоперационная подготовка больных, страдающих различными сопутствующими заболеваниями, должна осуществляться с учетом характера и тяжести патологии. Особое внимание следует обращать на больных с теми или иными формами *диабета,* так как риск оперативного вмешательства на фоне сахарного диабета резко возрастает. Поэтому для правильной оценки состояния больных, а также выработки общего плана предоперационной подготовки и последующего ведения больных наряду с анестезиологами для решения этих вопросов следует привлекать и эндокринологов. Опыт показывает, что даже при наличии легких или стертых форм

диабета следует, например, исключить *сульфаниламидные препараты,* которые оказывают определенное гипогликемическое действие, а также избегать применения *депо-инсулина* в периоды до и во время операции. В этих случаях целесообразнее переводить больных на лечение *обычным инсулином* примерно за 5 дней до предстоящей операции. Следует отметить также, что поддержание в этот период умеренной гипергликемии (порядка 1,2—1,4 г/л) легко переносится больными и вместе с тем существенно уменьшает опасность возникновения *гипогликемии.* За час до операции необходимо ввести внутривенно концентрированный раствор глюкозы из расчета 1 г сухого вещества глюкозы на 1 ЕД инсулина (вводимого в этот период в обычной для больного дозировке).

Премедикация накануне операции должна включать адекватную дозу седативных средств, применением которых обеспечивается надежное подавление негативных эмоциональных реакций больной, обусловленных переживаниями в связи с предстоящей операцией. Это обстоятельство имеет существенное значение, так как применение седативных средств предотвращает повышение уровня катехоламинов в крови и ответное возрастание содержания сахара в плазме. Однако нужно иметь в виду, что седативные средства могут вызывать также угнетение дыхания. Вместе с тем в этих случаях рекомендуют исключать применение ганглиоблокирующих препаратов во избежание той же гипогликемии, которая может возникать в результате симпатико-адреналовой блокады. В послеоперационном периоде у больных, страдающих сахарным диабетом, в связи с понижением сопротивляемости организма могут развиваться различные виды ангиопатий, а также расстройства электролитного равновесия, которые требуют учета и своевременного устранения.

Не меньшего внимания заслуживают больные, страдающие *гипертонической болезнью.* Эта сложная патология при подготовке больных к операции требует не только серьезного подхода со стороны лечащего врача, но и объективной оценки с привлечением анестезиолога и терапевта. В этой ситуации чрезвычайно важно уточнить характер сопутствующего заболевания, так как гипертонический синдром может быть связан не только с проявлениями *симптоматической* гипертонии, обусловленной первичным заболеванием почек. Нередко повышение артериального давления по механизму возникновения может быть следствием нарушения функции эндокринных желез или органического поражения центральной нервной системы. Особую опасность могут представлять органические

заболевания крупных сосудов (аорта, сонные, печеночные и другие артерии), на фоне которых у больных развивается гипертония. Нужно иметь в виду, что наличие стенозов, снижающих кровенаполнение магистральных сосудов, особенно сонных, создает условия, при которых управляемая гипотензия, предпринятая с целью уменьшения кровотечения во время операции, может привести к нарушению питания головного мозга. Эти особенности сосудистой патологии, не выявляемые, как правило, на фоне ганглионарной блокады и вовремя незамеченные, могут привести к тяжелым осложнениям наркоза вплоть до летального исхода. Для премедикации можно пользоваться обычными средствами: барбитуратами (фенобарбитал, барбамил), антигистаминными препаратами (димедрол, пипольфен, дипразин), транквилизаторами (мепротан, триоксазин).

Особенности наркоза при гипертонической болезни зависят от характера лабильности сердечно-сосудистой системы. Во время операции у таких больных может возникнуть высокая *гипертензия* или *резкая гипотензия*. Этими же обстоятельствами может быть обусловлено развитие острой *левожелудочковой недостаточности* или нарушение мозгового кровообращения.

Плановая предоперационная подготовка должна включать использование препаратов (дибазол, резерпин, папаверин, сульфат магния и др.), снижающих артериальное давление. Может оказаться, что, несмотря на проведенную перед операцией подготовку, артериальное давление остается высоким. В этих случаях полезно использовать управляемую гипотензию с помощью ганглиолитиков (арфонад, пентамин). При внутривенном их введении необходим строгий контроль за показателями артериального давления. Нужно следить, чтобы уровень давления не был ниже исходных цифр более чем на 30%. За исходный принимается уровень давления, бывший за несколько дней до операции. Для вводного наркоза могут быть использованы барбитураты, однако вводить их следует значительно медленнее, чем у больных со здоровой сердечно-сосудистой системой. Поддерживать наркоз целесообразно закисью азота с кислородом и добавлением небольших количеств эфира или фторотана.

Особая осторожность должна быть проявлена у лиц, страдающих гипертонической болезнью, предварительно леченных резерпином. У таких больных во время вводного наркоза (особенно барбитуратами) может наступить резкое падение артериального давления. Полагают, что это явление связано с низким уровнем серотонина. Поэтому, если имеется

возможность, операцию таким больным следует осуществлять не раньше чем по прошествии 7—10 дней после прекращения лечения резерпином.

Особенности наркоза у больных, страдающих бронхиальной астмой, состоят в том, что благодаря их легкой возбудимости обезболивание и ожидание предстоящей операции могут спровоцировать приступ астмы. Нередко у этих больных наблюдается идиосинкразия к ряду препаратов, применяемых для обезболивания или с лечебной целью (морфин, сульфаниламиды, новокаин, пенициллин и др.). Это обстоятельство должно быть уточнено еще до операции. Поэтому, готовясь к проведению наркоза и помня о том, что у больных бронхиальной астмой имеется относительное сужение бронхов вследствие постоянного спазма, а также нередкая закупорка их слизью, следует обеспечить проведение наркоза всем необходимым для снятия спазма бронхов и бронхиол, уменьшения вязкости мокроты, удаления ее из трахеобронхиального дерева и уменьшения отека слизистой оболочки. В связи с этим подготовку к наркозу целесообразно проводить по определенной схеме. За несколько дней до операции назначают внутривенно 2,4% раствор эуфиллина, по 5—10 мл ежедневно, а для уменьшения вязкости мокроты — ингаляцию ферментов (трипсин, хемотрипсин, рибонуклеаза). Целесообразно также применять кортикостероиды, в частности преднизолон, и продолжить его использование, если он назначался больной раньше. Преднизолон назначают за 2—3 дня до операции по 15—20 мг в день. В послеоперационном периоде дозу его постепенно снижают и, если нет необходимости в длительном применении, спустя 3—4 дня преднизолон отменяют.

Известно, что повышение содержания гистамина может способствовать возникновению приступов бронхиальной астмы, поэтому с целью их предупреждения накануне операции назначают дипразин или димедрол в дозе 25—50 мг внутрь или внутримышечно. В тяжелых случаях у больных, страдающих частыми приступами, подготовку антигистаминными препаратами следует проводить в течение нескольких дней перед операцией и непосредственно перед вводным наркозом. В этих случаях применять препараты морфина не рекомендуется, так как они обладают свойством угнетать дыхательный центр и могут вызвать бронхиолоспазм. Полезно использовать холинолитические средства (атропин, скополамин). Атропин обычно назначают внутривенно (0,5—1,0 мг) за 5 мин до вводного наркоза. Одновременно производят внутривенное вливание 5—10 мг эуфиллина с глюкозой. Для вводного наркоза можно использовать 1% раствор гексенала с добавлением в

небольшой концентрации закиси азота или фторотана в чистом виде (3—4 об.%).

В качестве основных наркотических веществ (из распространенных препаратов) могут использоваться эфир, закись азота или фторотан. Наиболее удобен фторотан, так как он дает хороший бронхолитический эффект, не раздражает слизистые оболочки дыхательных путей, угнетает функцию бронхиальных желез и вместе с тем вызывает достаточно быстрое, без возбуждения, наступление наркоза. Фторотановым наркозом нередко удается снять самые тяжелые приступы бронхиальной астмы, которые с трудом купируются с помощью других средств. Экстубацию в этих случаях целесообразно производить при не полностью восстановленном сознании. В послеоперационном периоде необходимо использовать бронхолитические средства и глюкокортикоиды.

В практике нередко возникает необходимость оперировать больных с коронарной недостаточностью или перенесших в прошлом инфаркт миокарда. Эти больные нуждаются в особом внимании. В порядке предоперационной подготовки целесообразно провести курс сосудорасширяющей терапии, а при наличии сердечной недостаточности — терапию гликозидами. Весьма полезно одновременно использовать введение препаратов калия, АТФ, кокарбоксилазы и комплекса витаминов. За 3 дня до оперативного вмешательства сосудорасширяющие препараты и гликозиды должны быть сняты и больные переводятся на седативную терапию. В период премедикации нецелесообразно уменьшать дозу атропина. Следует предпочесть осторожную индукцию с помощью слабых растворов барбитуратов (0,5—1%) с учетом исходного уровня артериального давления.

После интубации наркоз целесообразнее продолжать с помощью ингаляции фторотановозакисно-кислородной смеси (0,5 об.% фторотана и кислорода с закисью азота 1:1). Анальгетический эффект может быть усилен введением фентанила (0,04 мг на 50 кг массы тела). При необходимости введение фенталина можно повторить. Перед экстубацией для устранения возможного повышения бронхиального тонуса и улучшения коронарного кровообращения внутривенно целесообразно ввести 5—10 мл 2,4% раствора эуфиллина. После экстубации для устранения последствий анестезии и оперативного вмешательства, главным образом в целях восполнения потери сердечной мышцей калия и предупреждения расстройств метаболизма, полезно применить внутривенно введение панангина, сердечных гликозидов, кокарбоксилазы и витаминов.

В послеоперационном периоде нужно тщательно следить за состоянием коронарного кровообращения и при необходимости проводить соответствующую терапию, предупреждающую развитие острых инфарктов миокарда.

Местная анестезия в гинекологической практике в основном используется при влагалищных операциях. Для этих целей используется 0,25—0,5% раствор новокаина (на изотоническом растворе хлорида натрия)[1], с добавлением непосредственно перед анестезией адреналина (из расчета 1—2 капли адреналина на 100 мл 0,25% раствора новокаина). Вместе с тем у женщин, страдающих гипертонией, атеросклерозом, сахарным диабетом, тиреотоксикозом, а также во время беременности применение в растворе адреналина исключается.

Технически местное обезболивание влагалищных операций осуществляется путем проводниковой или местной инфильтрационной анестезии. На операционном столе, после завершения подготовки больной к операции, с помощью тонкой иглы из шприца внутрикожно вводят (до образования желвачка или «лимонной корочки») раствор новокаина с обеих сторон промежности в области седалищного бугра. Место инъекции уточняется пальпаторно. Короткую иглу заменяют длинной и через подготовленные участки кожи веерообразно кнутри от седалищного бугра вводят раствор новокаина на каждой половине промежности. Раствор новокаина распределяется во всех слоях тканей промежности путем постепенного углубления и изменения направления иглы. На каждую половину промежности расходуется примерно по 100 мл 0,25—0,5% раствора новокаина.

После завершения анестезии промежности приступают к анестезии тканей, окружающих влагалище. Для этого с каждой стороны (левой и правой) прокалывают слизистую оболочку влагалища в *области вульварного кольца* несколько в стороне от средней линии и под давлением вводят раствор новокаина. На этом этапе для каждой стороны используется около 20—30 мл 0,25—0,5% раствора новокаина. Передняя стенка влагалища не требует специальной анестезии, так как все хирургические манипуляции на ней не сопровождаются болевыми ощущениями. По прошествии 5—10 мин. от начала анестезии может быть начата операция. При затяжной операции иногда приходится дополнительно вводить анестетик.

Проводниковой анестезией пользуются в тех случаях, когда

---

[1] Новокаин может быть заменен рядом новых препаратов, в частности аникаином, ксилокаином, псикаином, турокаином и др.

предполагается хирургическое вмешательство значительного объема (например, передняя и задняя кольпорафия с ампутацией влагалищной части шейки матки одновременно). Для проведения такой анестезии через те же подготовленные участки кожи проходят длинной иглой в *подвздошно-прямокишечное углубление,* в котором создается депо из 0,25—0,5% раствора новокаина в количестве до 100 мл с каждой стороны. При прохождении иглой глубоких слоев тканей промежности целесообразно впереди иглы постоянно создавать новокаиновую инфильтрацию, что существенно снижает болевые ощущения. Обычно хорошо выполненная проводниковая анестезия редко требует местного добавления новокаина.

ВЛАГАЛИЩНЫЕ ОПЕРАЦИИ И ОПЕРАЦИИ НА ШЕЙКЕ МАТКИ

Глава 2

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ СО СТОРОНЫ ВЛАГАЛИЩА

Непременным условием успешной хирургической работы является четкое знание топографической анатомии оперируемой области.

Анатомия наружных половых органов женщины. К наружным половым органам (вульва, vulva, genitalia externa) относят: лобок, большие и малые половые (срамные) губы, преддверие влагалища, большие железы преддверия (бартолиновы), клитор и луковицы преддверия влагалища. В преддверие влагалища, под клитором, открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала (рис. 8).

Большие половые губы (labia pudendi majora) представляют собой две продольно расположенные кожные складки, идущие от лобка к промежности и ограничивающие медиально расположенную *половую щель* (rima pudendi). Длина каждой из больших половых губ в среднем около 8 см, ширина — 2—3 см. Спереди, в области лобка, большие губы соединены *передней спайкой* (commissura anterior), реже — непосредственно переходят в лобок. Задние отделы губ, на границе с промежностью, образуют так называемую *заднюю,* более выраженную спайку (commissura posterior), расположенную примерно на 2—3 см выше заднепроходного отверстия.

Подкожный слой этих образований обычно богат жировой клетчаткой. В передней части больших половых губ веерообразно расходятся окончания круглых маточных связок, выходящих в эту область из наружных отверстий пахового канала. Соединительнотканные образования связок фиксируют большие половые губы к надкостнице лобковых костей. В толще подкожного жирового слоя губ залегают богатые венозные сплетения [1].

[1] Через расширенное паховое кольцо в толщу больших половых губ может опуститься грыжевой мешок, иногда содержащий петли кишечника.

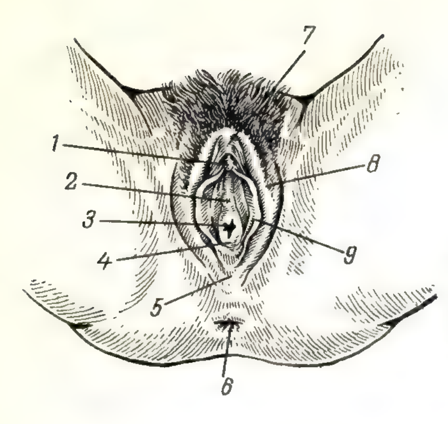


Рис. 8. Наружные половые органы женщины.

1 — клитор; *2* — наружное отверстие мочеиспускательного канала; *3* — отверстие в девственной плеве; *4* — девственная плева; *5* — промежность; *6* — анальное отверстие; *7* — лобок; *8* — большая половая губа; *9* — малая половая губа.

Малые половые губы (labia pudendi minor) представляют собой более тонкие складки кожи, напоминающие слизистую оболочку. Эти образования расположены в продольном направлении кнутри от больших половых губ и отделяются друг от друга межгубной бороздой (sulcus interlabialis, s. nimpholabialia). Спереди каждая малая губа разделяется на две ножки. Наружные (передние) ножки, соединяясь между собой, образуют *крайнюю плоть* клитора (praeputium clitoridis), а внутренние (задние), сходясь под клитором, образуют его *уздечку* (frenulum clitoridis). Кзади малые половые губы в нижней трети постепенно сливаются с большими или соединяются между собой, образуя небольшую поперечную складку (уздечку), располагающуюся по средней линии промежности, которая принимает участие в образовании *задней спайки* (commissura posterior).

Кпереди от этой складки, между нею и девственной плевой или ее остатками, располагается небольшое углубление, получившее название ямки преддверия влагалища, или ладьевидной (fossa naviculare).

Преддверием влагалища (vestibulum vaginae) обозначают пространство, ограниченное с боков внутренними поверхностями малых половых губ, спереди — клитором и сзади (снизу) — уздечкой малых половых губ. Границей между преддверием влагалища и самой влагалищной трубкой является *девственная плева* (hymen) или ее остатки (carunculae myrtiformis).

Под клитором в область преддверия влагалища открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала (orificium urethrae externum). По сторонам от него располагается по одному выводному протоку парауретральных желез или ма-

лых желез преддверия. В преддверие влагалища открываются также выводные протоки больших желез преддверия.

Большая железа преддверия, или бартолинова (gl. Bartholini), парная, обычно размером не более горошины, имеет округлую форму. Железы располагаются в основании каждой большой половой губы, примерно на уровне задней спайки или несколько кпереди от нее на глубине 1,0—1,5 см. Эти железы залегают в толще глубокой поперечной мышцы промежности и частично прикрыты волокнами луковично-пещеристой. Одиночный выводной проток каждой железы имеет длину 1,5—2,5 см, направляется кпереди и кнутри и открывается на внутренней поверхности малой половой губы с каждой стороны (примерно на границе средней и задней ее третей), в бороздке между малой губой и девственной плевой или ее остатками.

Клитор (clitoris) по существу является гомологом мужского полового члена и представляет собой небольшое непарное образование, расположенное под передней спайкой больших половых губ. Это образование состоит из двух *пещеристых тел* (corpora cavernosum clitoridis), ножки которых (crus clitoridis) располагаются в глубине промежности и сращены с нижними ветвями лобковых костей. От нижнего края лонного сращения пещеристые тела соединяются, образуя *тело клитора* (corpus clitoridis), изогнутое книзу, заканчивающееся снаружи круглой *головкой* (glans clitoridis).

Луковица преддверия влагалища (bulbus vestibuli) представляет собой непарное густое венозное сплетение типа кавернозного тела, покрытое белочной оболочкой. Это образование состоит из двух частей (правая и левая), расположенных в основании больших и малых половых губ в области преддверия и нижнего отдела влагалища, подковообразно охватывающих спереди вход во влагалище. Передние (верхние) суженные части луковицы, соединяясь, охватывают сверху мочеиспускательный канал. Задние (утолщенные) концы боковых частей луковицы преддверия прикрывают большие железы преддверия и прилежат к ним. В то же время каждая из боковых частей луковицы снаружи снизу частично прикрыта луковично-пещеристой мышцей. Оперативные вмешательства в этой области, как правило, сопровождаются обильным кровотечением.

К промежности (perineum) в узком смысле слова относят совокупность тканей — мышц и фасциальных образований, расположенных между задней спайкой, образованной слиянием больших половых губ, и анальным отверстием. В

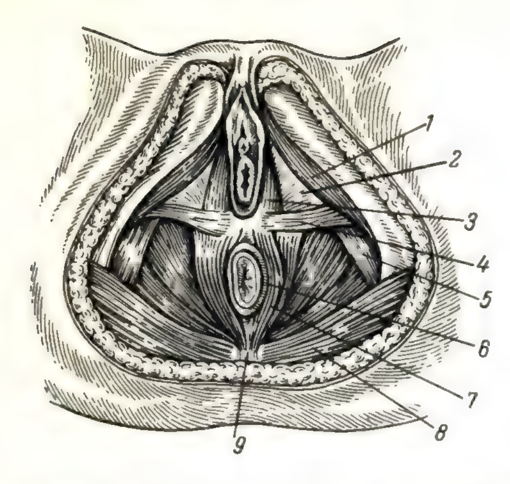


Рис. 9. Мышцы тазового дна.

1 – m. ischiocavernosus; *2* – diaphragma urogenitale; *3* – m. bulbocavernosus; *4* – m. transversus perinei superficialis; *5* – m. obturatorius int.; *6* – m. sphincter ani int.; *7* – m. sphincter ani ext.; *8* – m. gluteus max.; *9* – lig. anococcygeum.

более широком понимании к промежности относят все *тазовое дно* (diaphragma pelvis), т. е. всю область тазового выхода, закрытую подвижной мышечно-фасциальной пластинкой, располагающейся между седалищными буграми по фронтальной плоскости, лобковыми костями и верхушкой копчика — по сагиттальной плоскости.

В связи с вертикальным положением тела человека тазовая диафрагма в отличие от позвоночных животных приобрела определенное функциональное значение, так как является основной опорой для органов брюшной полости и малого таза.

Нет необходимости останавливаться на детальном описании строения тазового дна (эти сведения достаточно подробно описаны) [1].

На рис. 9 показан ход мышечных пластов и их взаимоотношения, имеющие существенное значение при выполнении операций на промежности. Наблюдения показывают, например, что хирургическое восстановление целости промежности часто не достигает необходимого эффекта только потому, что во время выполнения операции не учитываются анатомические особенности тазового дна (промежности).

Кровоснабжение вульвы осуществляется преимущественно за счет парной внутренней половой артерии (a. pudenda externa), от которой отходят основные ветви к наружным половым органам: артерия промежности (a. perinealis), распадающаяся на ряд веточек, получивших название задних ветвей половых

[1] Макаров Р. Р., Фигурнов К. М. Клинические лекции по избранным главам гинекологии. — Медгиз, 1969.

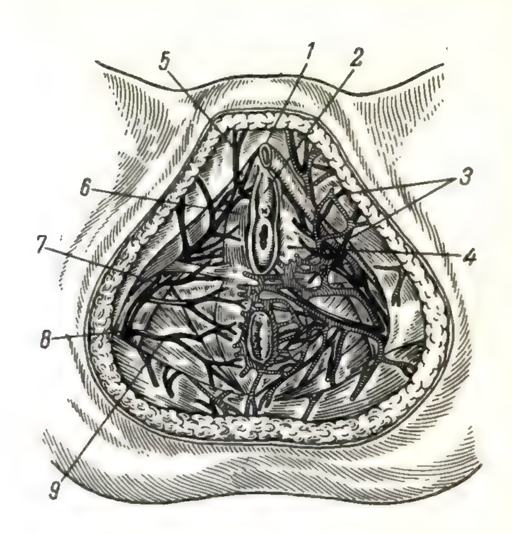


Рис. 10. Кровеносные сосуды промежности.

1 – vasa dorsalis clitoridis; *2* – clitor; *3* – vasa pudenda ext. inf.; *4* – bulbus vestibularis; *5* – a. pudenda ext. super.; *6* – m. ischiocavernosus; *7* – a. perinei; *8* – a. pudenda ext.; *9* – a. rectalis inf.

губ (vasa pudenda externa inferior, a. pudenda externa superior), артерия клитора (a. clitoridis), от которой отходят артерии преддверия влагалища (a. bulbi vestibuli vaginae), и небольшие веточки к мочеиспускательному каналу. От половой артерии отходят ветви к прямой кишке, или геморроидальные артерии (a. haemorrhoidalis) (рис. 10).

Отток крови от наружных половых органов осуществляется главным образом через внутреннюю половую вену (v. pudendi interna), часто двойную, которая принимает вены, одноименные с ветвями внутренней половой артерии.

Основными лимфатическими узлами, собирающими лимфу из области наружных половых органов, являются паховые, в которых происходит слияние лимфатических путей от промежности и нижних конечностей, а также узлы таза, расположенные по ходу стволов и ветвей внутренних и наружных подвздошных сосудов (рис. 11).

Иннервируются наружные половые органы преимущественно ветвями полового нерва (n. pudendi), который получил название полового сплетения (plexus pudendi). Кроме того, большие и малые половые губы иннервируются тазовыми нервами (n. perinealis, n. dorsalis clitoridis), а лобок и передняя часть больших половых губ — ветвями подвздошно-подчревного нерва. Таким образом, в наружных гениталиях заложены окончания нервов из различных отделов спинного мозга: от XI грудного позвонка, всего поясничного и крестцового отделов и кончая копчиковым (рис. 12).

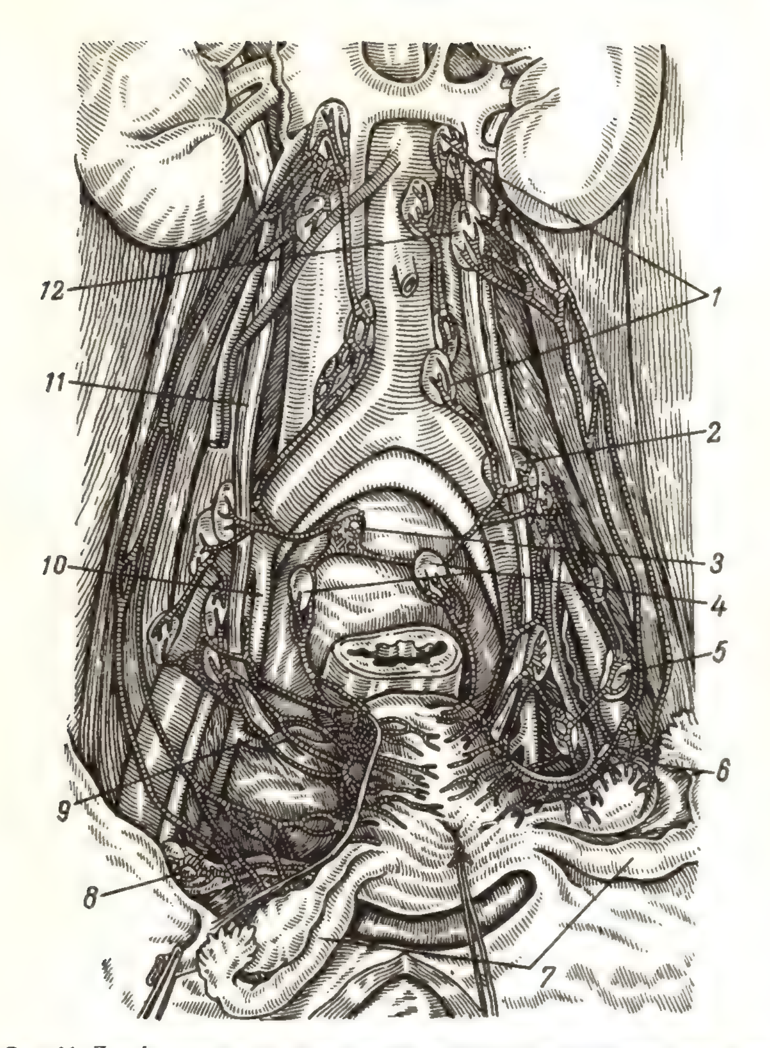


Рис. 11. Лимфатическая система внутренних половых органов женщины.

1 – n. l. lumbalis; *2* – n. l. iliaci communes; *3* – sacralis; *4* – n. l. rectalis; *5* – n. l. iliaci ext. *6* – ovarium; *7* – tuba uterina; *8* – n. l. iliaci int.; *9* – a. uterina; *10* – a. iliaca int.; *11* – urether *12* – n. l. ovarica.

Хирургическая анатомия влагалища. Влагалище (vagina, colpos) представляет собой трубчатый мышечный орган, покрытый изнутри слизистой оболочкой. Этот орган располагается внебрюшинно и лишь верхняя его часть, точнее задний свод, покрыта брюшиной. Толщина стенки влагалища не

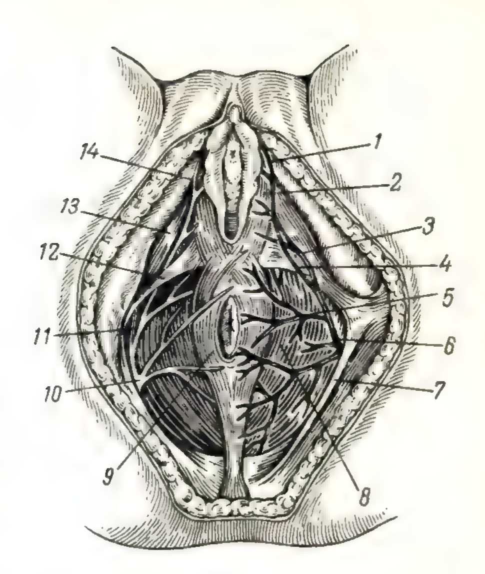


Рис. 12. Общий вид иннервации промежности.

1 – a. labialis post.; *2* – m. bulbacavernosus; *3* – a. clitoridis; *4* – a. perineil; *5* – a. haemorrhoidalis inf.; *6* – a. pudenda inf.; *7* – lig. sacrotuberosum; *8* – m. levator ani.; *9* – m. sphincter ani; *10* – n. haemorrhoidalis int.; *11* – n. dorsales clitoridis; *12* – m. transv. perinei superficialis; *13* – m. ischiocavernosus; *14* – n. labialis post.

превышает 3—4 мм. Стенки его состоят из трех тканевых слоев. Наружный (adventitia vaginae) преимущественно состоит из соединительнотканной основы, включающей отдельные мышечные волокна, достаточно плотные, особенно в нижних отделах влагалища. Средний, или мышечная оболочка (tunica muscularis), в свою очередь состоит из трех слоев гладких мышечных волокон: внутреннего и наружного продольных и среднего — кольцевидного (циркулярного). В нижних отделах, в области прохождения через мочеполовой треугольник, к гладким мышечным волокнам присоединяются поперечнополосатые, являющиеся производными различных мышц тазового дна, в первую очередь, глубокой поперечной мышцы промежности и мышцы, поднимающей задний проход.

Внутренняя, или слизистая, оболочка (tunica mucosae) влагалища покрыта многослойным плоским эпителием, не содержащим желез и характеризующимся способностью к ороговению. Встречающиеся в этой слизистой ложные железы представляют собой как бы бухты, образованные в результате внедрения плоского эпителия в глубь мышечного слоя. Слизистая оболочка влагалища является дериватом эктодермы, вследствие чего обладает чертами кожи, хотя и своеобразно измененной. Подслизистый слой влагалища выражен слабо, поэтому слизистую оболочку отделяет от мышечного слоя только собственная мембрана (membrana propria). К моменту половой зрелости слизистая оболочка влагалища

приобретает складчатую структуру, более выраженную на передней и задней стенках и особенно — в нижней трети передней стенки влагалища.

Размеры и емкость влагалища подвержены значительным индивидуальным колебаниям. Положение влагалища в малом тазу фиксировано в основном за счет мочеполовой диафрагмы и соединительнотканных перегородок, имеющихся между стенками влагалища и соседними органами. При ослаблении мышц тазового дна в результате родов и особенно при длительном воздействии повышенного внутрибрюшного давления (например, вследствие чрезмерной физической нагрузки) развивается опущение стенок влагалища (передней или задней) либо частичное или полное выпадение матки.

За тазовым дном, кнутри, в боковых отделах от влагалища залегает клетчатка основания широких маточных связок. В клетчатке с каждой стороны расположены узлы и ветви маточно-влагалищного венозного сплетения, маточная артерия, мочеточник и лимфатические сосуды.

На уровне тазового дна, с боков от влагалища, находятся внутренние края мышцы, поднимающей задний проход (m. pubococcygeus), а несколько ниже — m. bulbocavernosum. Кнаружи от этих мышц влагалище проходит через мочеполовую диафрагму, с краями которой его стенки сращены.

В верхнюю, более подвижную часть влагалища, вдается влагалищная часть шейки матки (portio vaginalis colli uteri). В этом отделе, срастаясь с шейкой матки, влагалище образует кольцевидное пространство, представляющее собой общий влагалищный свод (fornix vaginalis), в котором различают четыре отдела (свода): передний, задний и два боковых. Задний свод более глубокий, чем остальные.

Передняя стенка влагалищной трубки примыкает к мочевому пузырю и связана с ним посредством рыхлой соединительной ткани, образуя пузырно-влагалищную перегородку (septum vesicovaginalis).С мочеиспускательным каналом передняя стенка влагалища связана более интимно посредством плотной соединительнотканной уретрально-влагалищной перегородки (septum urethrovaginalis), за счет которой этот отдел влагалища представляется толще задней стенки.

Задняя стенка влагалища прилежит непосредственно к прямой кишке. В верхнем отделе, соответственно заднему своду, стенка влагалища со стороны брюшной полости покрыта на протяжении 1—2 см брюшиной, образуя прямокишечно-маточное углубление, или дугласов карман (cavum Douglasi). В средних отделах задняя стенка влагалища отделена от

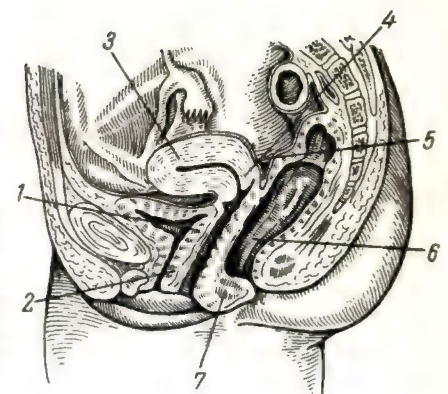


Рис. 13. Схематическое изображение взаимоотношений влагалища с органами малого таза.

1 — пузырно-влагалищная перегородка; *2* — уретрально-влагалищная перегородка; *3* — тело матки; *4* — влагалищная часть шейки матки; *5* — маточно-прямокишечное углубление; *6* — влагалищно-прямокишечная перегородка; *7* — мышцы промежности.

прямой кишки слабовыраженным брюшинно-промежностным апоневрозом (septum rectovaginalis).

В самом нижнем отделе влагалищная трубка отходит от прямой кишки несколько кпереди, а пространство между ними выполнено мышцами промежности; на продольном разрезе этот отдел имеет форму треугольника (рис. 13).

В боковых отделах в стенках влагалища (с обеих сторон) проходят рудиментарные образования, составляющие остатки первичной почки (вольфово тело), получившие название гартнерова хода. В процессе эмбрионального развития у плодов мужского пола эти образования преобразуются в семявыводящие протоки (vas deferens), а у плодов женского пола они облитерируются на всем протяжении. Следует иметь в виду, однако, что нередко их полной облитерации не наступает. В этих случаях в необлитерированных участках могут образовываться кисты ретенционного характера, или кисты гартнерова хода.

Кровоснабжение влагалища осуществляется за счет ветвей внутренней подвздошной артерии (a. iliaca interna, s. hypogastrica) и влагалищной артерии (r. cervicovaginalis a. uterinae), являющейся нисходящей ветвью маточной артерии. Влагалищная артерия отходит от маточной на уровне шейки матки и продолжается по боковым стенкам влагалища, снабжая в основном его верхний отдел. Средний отдел влагалища снабжается нижней пузырной артерией (a. vesicalis inferior), средней прямокишечной артерией (a. haemorrhoidalis media) и внутренней срамной артерией (a. pudenda interna). Последние две обеспечивают питанием нижний отдел влагалища. От внутренней половой артерии отходят веточки, идущие ко входу во влагалище (aa. labiales posteriores, рис. 14).

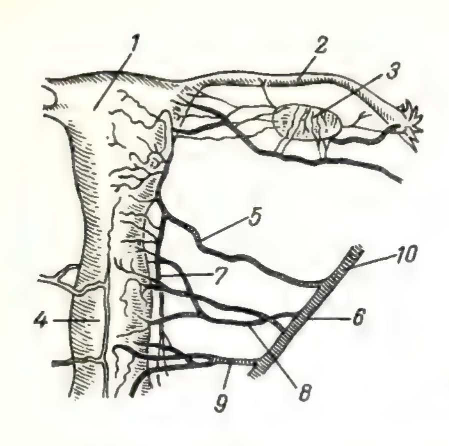


Рис. 14. Схематическое изображение кровоснабжения влагалища.

1 — тело матки; *2* — маточная труба; *3* — яичник; *4* — влагалище; *5*.— маточная артерия; *6* — наружная подвздошная артерия; *7* — влагалищная артерия; *8* — средняя прямокишечная артерия; *9* — внутренняя срамная артерия; *10* — общая подвздошная артерия.

Многочисленные вены влагалища образуют сплетение — plexus venosus vaginalis, кровь из которого по венам, сопровождающим артерии, поступает в систему подчревной вены (v. hypogastricae)[1].

Лимфоток из области влагалища осуществляется в основном в двух направлениях: от нижней трети его — в поверхностные и глубокие паховые лимфатические узлы (gl. inquinalis), а от верхних двух третей — во все три основные группы лимфатических узлов таза: подвздошные, внутренние подвздошные и крестцовые.

Иннервация влагалища осуществляется главным образом за счет ветвей, отходящих от общего маточно-влагалищного сплетения (сплетение Рейна—Ястребова). От передненижних отделов этого сплетения отходят влагалищные ветви, обеспечивающие симпатическую и парасимпатическую иннервацию. Передненижние отделы маточно-влагалищного сплетения принято выделять под названием «влагалищное сплетение», которое включает большое количество различных по величине и форме ганглиев и густую сеть нервных ветвей, окружающих влагалище и переходящих на все его слои. Чувствительная иннервация влагалища осуществляется за счет крестцовых спинальных узлов (I, II, III и IV пары).

Подготовка больных к операциям на промежности и влагалище. Эта подготовка предусматривает тщательное и всестороннее исследование влагалищной и шеечной флоры, а также обработку влагалища различными антисептическими

---

[1] Богато развитые венозные сплетения влагалища могут образовывать обширные гемангиомы.

растворами, затем спиртом и смазывание йодом[1]. Накануне операции кишечник очищают с помощью клизмы, исключаются из рациона обед и ужин, а в день операции — завтрак. Если операция предпринимается по поводу пузырно-влагалищных или прямокишечно-влагалищных свищей, этих больных подвергают дополнительной подготовке. Подобные свищи почти всегда сопровождаются заболеванием кожи в области наружных половых органов, ягодиц и, реже, бедер, возникающим в результате загрязнения и раздражения мочой или содержимым кишечника. Поэтому до полного устранения сопутствующих изменений кожи больных оперировать не следует. При мочеполовых свищах нередко приходится добиваться нормализации состава мочи и приобретения ею кислой реакции. Это достигается систематическими промываниями мочевого пузыря и влагалища растворами антибиотиков и назначением per os борной кислоты по 0,1 г 3 раза в день. При каловых свищах проводится та же подготовка влагалища до появления хотя бы II степени чистоты влагалища. Полезно за 2—3 дня до операции перевести больную на питание через зонд. Такая диета при достаточной калорийности и более легкой усвояемости дает минимальное количество шлаков.

Ошибки при выполнении операций на промежности и влагалище встречаются значительно реже, если хирург достаточно хорошо знает топографию этой области, внимательно подходит к отбору больных для операции и тщательно выполняет хирургические приемы. Однако и у опытных хирургов нередко возникают трудности, ведущие к тем или иным осложнениям. Если к числу ошибок относить не только травму соседних органов, которую можно нанести в процессе операции, то ошибки возможны при назначении больной на операцию. К их числу нужно отнести недостаточно четкую подготовку больной к операции. Под этим следует понимать, во-первых, неполное устранение местных проявлений воспалительного процесса (если они имелись) и, во-вторых, неправильный учет срока ожидаемой менструации. Несоблюдение этих простых правил может неблагоприятно отразиться на течении послеоперационного периода даже при тщательном техническом выполнении операции.

Следующим источником ошибок может служить недостаточно точно или неправильно поставленный диагноз. Например, за кисту большой железы преддверия может быть

[1] При всех влагалищных операциях и на вульве необходимо добиваться I степени чистоты. При обнаружении III—IV степени чистоты подготовку больной следует продолжить.

ошибочно принята опустившаяся через расширенный паховый канал в большую половую губу петля кишечника. Богато развитая венозная сеть с образованием гемангиомы может быть ошибочно принята за кисту гартнерова хода. Хотя в последнем случае оба заболевания требуют оперативного лечения, при такой ошибке возможно обильное и неожиданное для хирурга кровотечение, возникшее в труднодоступной области.

Еще одна возможность ошибки связана с ранением соседних органов, например уретры, мочевого пузыря, реже мочеточника или прямой кишки. Этих ошибок можно избежать, если быть достаточно внимательным. Вместе с тем опыт показывает, что и при достаточной осторожности в выполнении тех или иных технических приемов может произойти ранение соседних органов, особенно когда приходится работать в области рубцово-измененных тканей. Очень опасно, если ранение остается незамеченным.

К такой же категории могут быть отнесены ошибки, встречающиеся при вмешательствах на матке, выполняемых со стороны влагалища, например прободение матки во время артифициального аборта или ее выворот и прободение при удалении рождающегося подслизистого фиброматозного узла. Эти травмы тоже могут быть отнесены к разряду ошибок только в том случае, если они своевременно не будут распознаны.

Наконец, к числу ошибок может быть отнесена также неправильная техника ушивания ран. Не следует накладывать швы на ткани, расположенные на разной глубине или в различных анатомических слоях, а также шить очень часто или редко, оставляя незахваченные в шов ткани. Такие погрешности существенно затрудняют нормальное заживление ран и приводят к возникновению осложнений, в частности некроза или расхождения швов, формированию грубых рубцов и др.

Глава 3

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИЙ НА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ И ВЛАГАЛИЩЕ

Общие замечания. В гинекологической практике достаточно широко распространено хирургическое лечение различных заболеваний вульвы и влагалища, причем характер и объем этих вмешательств может быть самым разнообразным. Некоторые операции относятся к относительно несложным, другие, наоборот, весьма ответственны и обширны.

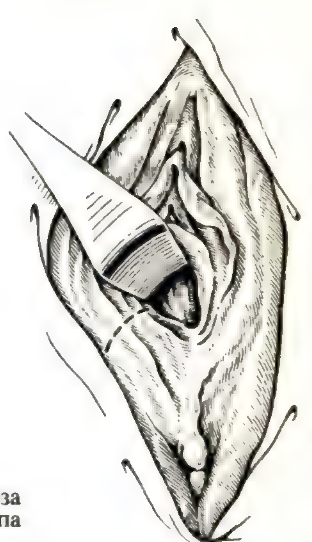


Рис. 15. Направление линий разреза промежности для увеличения доступа во влагалище.

Вначале необходимо рассмотреть некоторые особенности оперативного (влагалищного) доступа. Следует отметить, что ткани наружных половых органов, промежности, а также влагалища обладают физиологической способностью к значительному растяжению, что позволяет производить большинство операций без нарушения их целости. Вместе с тем у некоторых женщин, особенно при наличии рубцовых сужений, влагалищный доступ к вышележащим органам (мочевой пузырь, шейка матки, верхние отделы влагалища) может быть весьма затруднен. В этих случаях приходится расширять доступ путем простой эпизиотомии. Реже используется глубокий влагалищно-промежностный разрез по Шухарду. Два последних разреза производятся в направлении седалищного бугра (tuber ischii). В отличие от простой эпизиотомии разрез по Шухарду предполагает рассечение более глубоко расположенных тканей (рис. 15). В особенно трудных условиях разрезы могут быть произведены с обеих сторон. С точки зрения последующего восстановления рассеченных тканей левосторонний разрез более удобен для ушивания.

Положение больной на операционном столе и места участников операции. Для влагалищных операций больную укладывают на спину с притянутыми к животу и согнутыми в коленных суставах ногами. Поскольку сама больная не может долго удерживать такое вынужденное положение, принято



Рис. 16. Применение ногодержателя при влагалищных операциях.

использовать различные ногодержатели. Ремни ногодержателя заводятся за спину больной в косом направлении так, чтобы с одной стороны ремень прошел над плечом, а с другой — под плечом (рис. 16). Под коленные сгибы рекомендуется подложить ватно-марлевые подушки, так как длительное использование ногодержателя может привести к сдавлению нервных стволов и возникновению пареза стоп.

Место хирурга всегда находится перед операционным полем, а ассистенты размещаются с обеих сторон от оперирующего. Один из ассистентов с помощью зеркала удерживает влагалище в растянутом состоянии и, если нужно, шейку матки в низведенном положении за пулевые щипцы или лигатуры. Второй ассистент осушает марлевыми тампонами операционное поле и помогает хирургу в выполнении различных хирургических приемов.

Столик с хирургическими инструментами и операционная сестра должны располагаться справа от хирурга, а врач-анестезиолог — у головы больной.

Подготовка операционного поля состоит в мытье наружных половых органов, области лобка, верхневнутренних поверхностей бедер, ягодиц и влагалища теплым слабым раствором антисептика, затем в высушивании, обработке спиртом и настойкой йода. Больную укрывают стерильным бельем, за исключением операционного поля. Делает это операционная сестра, а если необходимо, ей помогает один из ассистентов хирурга. Вначале под ягодицы на край операционного стола подкладывают стерильную простыню таким образом, чтобы передняя его часть была полностью закрыта. Затем укрывают ноги больной. Чаще для этой цели также используют про-

стыни. Каждую ногу как бы обертывают углом простыни, а оставшийся свободный конец ее забрасывают на живот больной. Аналогично укрывают и вторую ногу. Концы обеих простыней свешивают на промежность, оставляя небольшую щель в области наружных половых органов. Для того чтобы закрыть область заднепроходного отверстия, используют полотенце, которое хирург подшивает одним шелковым швом к коже под задней спайкой. Боковые концы полотенца прикрепляют зажимами к простыням сбоку от больной, закрывая таким образом боковые части бедер и ягодиц. Этим завершается подготовка больной к операции. Хирург, ассистенты и операционная сестра могут занять свои рабочие места.

Лечение кондилом вульвы. Различают кондиломы острые и широкие. Оба вида кондилом являются, по-видимому, следствием инфицирования кожи наружных половых органов. Острые кондиломы могут возникать в результате раздражения гнойными выделениями при кольпитах различной этиологии, в том числе и гонореи. Полагают также, что широкие и плоские кондиломы могут быть результатом сифилитического заболевания. Поэтому, прежде чем приступить к лечению этого заболевания, необходимо тщательно и всесторонне обследовать больную и прежде всего исключить сифилис. Лечение целесообразно начать с применения антибиотиков. Опыт показывает, что в ряде случаев местное применение антибиотиков (пенициллин и др.) может дать вполне благоприятный эффект. Вместе с тем множественное развитие острых кондилом не поддается консервативному лечению, продолжает вызывать тягостные ощущения и поддерживает воспалительный процесс. В таких случаях кондиломы требуют хирургического удаления.

Техника хирургического удаления кондилом сравнительно проста. При соблюдении всех хирургических правил асептики кондиломы у основания отсекают ножницами или скальпелем с последующим наложением на ранки поверхностного шва либо прижигают электрокоагулятором. Кондиломы можно удалить также и электроножом, после чего обычно не требуется наложения швов.

Лечение зуда промежности (pruritas vulvae) **и крауроза вульвы** (craurosis vulvae). Клинические проявления зуда наружных половых органов нередко очень мучительны и чаще всего возникают у женщин в климактерическом периоде. При этом у ряда больных каких-либо особых изменений вульвы может не отмечаться. В других случаях явление зуда сочетается с видимыми изменениями кожи вульвы. Эти изменения весьма своеобразны и напоминают пергаментную бумагу. Кожа вуль-

вы истончается, сморщивается, делается хрупкой, а иногда на ней появляются белесоватые пятна, получившие название лейкоплакий (белое пятно). Причины возникновения этих процессов окончательно не выяснены. Полагают, однако, что это заболевание развивается вследствие хронического воспалительного раздражения кожи или общих нарушений (диабет, нейроэндокринные сдвиги, гепатит, лейкемия и др.). Вместе с тем, какие бы причины ни привели к возникновению крауроза и лейкоплакии, в морфологическом отношении этот процесс требует самого серьезного внимания. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что эти процессы довольно часто перерождаются в рак, хотя в ряде случаев могут существовать довольно долгое время без признаков атипической трансформации тканей. Поэтому нарушения типа лейкоплакии и крауроза справедливо относят к предраковым состояниям. Такие больные нуждаются в активном наблюдении и своевременном лечении. Наш опыт показал, что при неосложненном лейкоплакией краурозе определенный лечебный эффект может быть достигнут с помощью пересадки кусочка яичниковой ткани, взятого от здорового донора. С этой целью у женщины, подвергающейся, например, операции по поводу фибромиомы, резецируют небольшой кусочек яичника и имплантируют больной краурозом под апоневроз прямой мышцы живота. При этом донора предварительно обследуют, а часть кусочка яичниковой ткани подвергают гистологическому анализу. При наличии только зуда без внешних проявлений на коже может быть применена местная спирто-новокаиновая блокада. С этой целью вводят раствор ($^1/_5$ 96% спирта и $^4/_5$ 0,5—0,25% раствора новокаина) в подкожную клетчатку вульвы из трех точек: в ишиоректальные пространства, у нижнего края седалищного бугра (с обеих сторон) и на лобке несколько ниже и латеральнее лонного бугорка. Введенный из этих точек раствор блокирует иннервацию всей области вульвы и промежности. Общее количество раствора не должно превышать 300 мл.

Существуют и другие методы консервативного лечения зуда вульвы, описанные в различных руководствах и специальной периодической медицинской печати. Нужно отметить, что попытки консервативного устранения зуда весьма неблагодарная задача, так как любой из методов редко дает стойкий лечебный эффект. Этим, очевидно, следует объяснить многочисленность методов, предложенных для лечения, и настойчивый поиск новых. Поэтому в современной практике сохраняется и хирургический метод лечения таких больных,

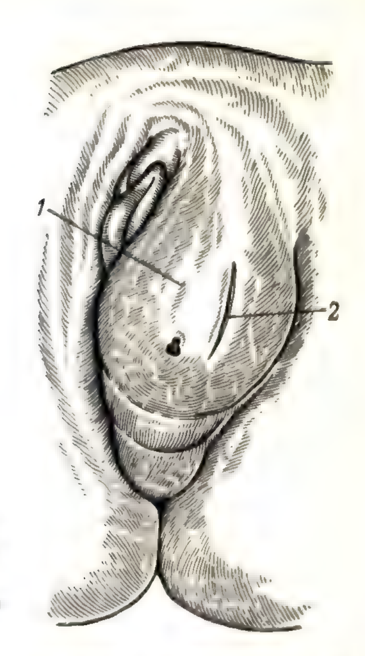


Рис. 17. Гнойное воспаление большой железы преддверия (гнойный бартолинит).

1 – абсцесс; *2* – линия, по которой вскрывают гнойник.

особенно в тех случаях, когда зуд осложнен лейкоплакией и отличается упорством и мучительностью клинических проявлений. Операция, предпринимаемая по этому поводу, состоит в иссечении измененной кожи вульвы. Практически она сводится к экстирпации вульвы, техника которой будет рассмотрена в соответствующем разделе.

Лечение острого воспаления больших желез преддверия (бартолинит). Острое гнойное воспаление больших желез преддверия, так же как и гнойные очаги в других участках тела, требуют широкого вскрытия и последующего открытого ведения с применением антисептиков и при необходимости антибиотиков. Вскрытие гнойного очага выгоднее производить в стороне от входа во влагалище (рис. 17). Делают это под кратковременной внутривенной анестезией или местной анестезией хлорэтилом. Кожу операционного поля обрабатывают спиртом и йодом. После опорожнения гнойника в его полость вводят турунду с гипертоническим раствором хлорида натрия и накладывают повязку.

Хирургическое лечение кист больших желез преддверия. Это заболевание носит ретенционный характер и возникает вследствие закупорки выводного протока железы. Кисты в ряде случаев могут достигать значительных размеров и в

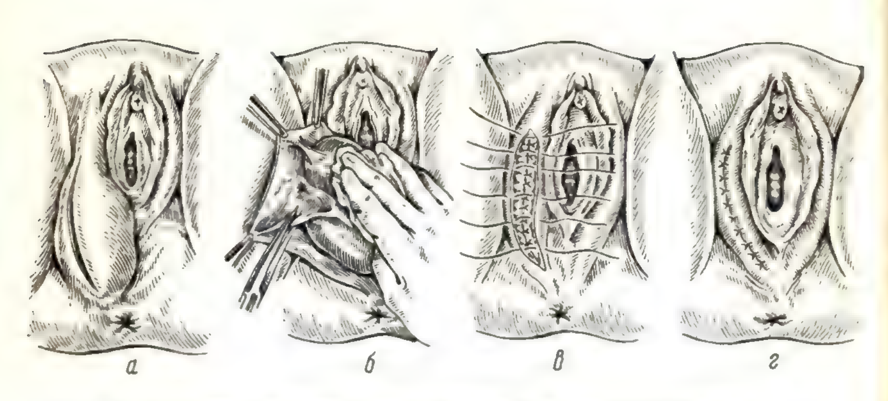


Рис. 18. Операция удаления кисты большой железы преддверия.

а — место разреза; *б* — этап вылущения кисты; *в* — послойное ушивание (ложа) раны; *г* — кожные швы.

определенной степени затруднять физиологические отправления.

Операция удаления кисты производится следующим образом. На наиболее выпуклом участке осторожно рассекают истонченную кожу в продольном направлении. Разрез кожи должен быть достаточно большим с тем, чтобы величина раны допускала свободное манипулирование. Края разреза захватывают зажимами и разводят в стороны. Тупым, а при необходимости частично острым путем кисту постепенно вылущивают из ложа без вскрытия ее полости. Одновременно с выделением кисты осуществляется необходимый гемостаз. В ряде случаев киста может залегать достаточно глубоко и ее выделение встречает серьезные технические затруднения. После того как киста будет выделена со всех сторон, она окажется связанной с тканями, расположенными позади нее. В этой ножке нередко находятся сосуды, пересечение которых без предварительного наложения зажимов может привести к обильному кровотечению. Поэтому весьма полезно конечный этап выделения и удаления кисты осуществлять после предварительного наложения зажимов на ткани, связывающие заднюю часть кисты с ложем. После отсечения зажим заменяют лигатурой или это место обшивают. Образовавшуюся после удаления кисты рану ушивают кетгутовыми швами в несколько этажей. На кожу накладывают узловые шелковые швы. Этапы операции показаны на рис. 18.

Удаление липом и миом вульвы. Эти заболевания встречаются сравнительно редко. Если опухоль имеет ножку, ее

удаление не представляет особой трудности. Обычно лигируют ножку и опухоль отсекают. Опухоли, расположенные в глубине тканей половых губ, вылущивают и рану ушивают аналогично тому, как это делается при удалении кисты большой железы преддверия.

Лечение атрезии девственной плевы. При нормальном развитии девственная плева (hymen) имеет отверстие для стока менструальной крови. Отсутствие отверстия представляет собой один из пороков развития. С наступлением половой зрелости и началом менструаций такое страдание ведет к тому, что менструальная кровь, не имея стока, скапливается вначале во влагалище, а затем заполняет полость матки, трубы и может проникнуть в брюшную полость (рис. 19). Таким образом, вначале образуется haematocolpos затем haematometra и, наконец, haematosalpinx.

Клинические проявления этого заболевания характеризуются общим недомоганием и тянущими болями в нижних отделах живота, усиливающимися в периоды менструального цикла (molimena menstrualis). Нередко возникает опасность инфицирования скопившейся крови.

Хирургическое лечение этого порока сводится к обеспечению

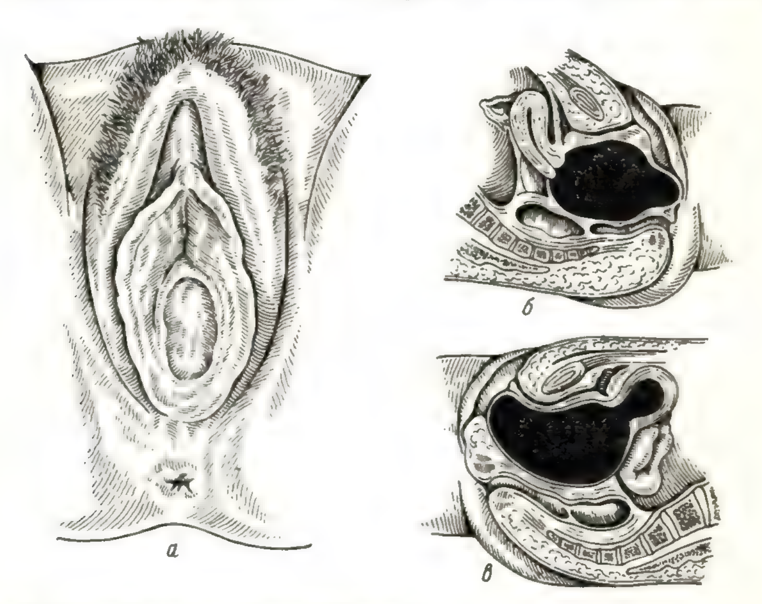


Рис. 19. Заращение девственной плевы.

а — вид наружных половых органов при атрезии плевы; *б* — гематокольпос; *в* — образование гематометры и гематосальпингса при нарушении оттока менструальной крови.

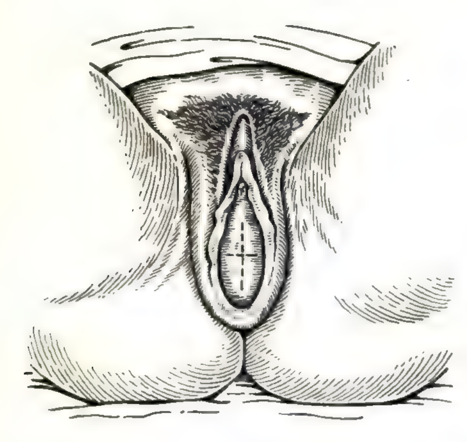


Рис. 20. Крестообразный разрез девственной плевы для опорожнения гематокольпоса.

оттока скопившейся менструальной крови путем крестообразного рассечения девственной плевы (рис. 20). Края ее разрезов редко приходится ушивать. Однако если они обильно кровоточат, то полезно наложить несколько кетгутовых швов. Технически операция рассечения очень проста, но требует соблюдения асептики и поэтому выполняется только в условиях стационара.

Рассечение перегородки влагалища. Этот дефект также относится к порокам эмбрионального развития. Технически операция относительно проста и сводится к рассечению перегородки на всем протяжении. Края раны обшивают непрерывным кетгутовым швом, как показано на рис. 21. Вместе с тем нужно иметь в виду, что в перегородке влагалища может частично залегать мочевой пузырь спереди или прямая кишка сзади. Поэтому бесконтрольное рассечение перегородки может привести к ранению этих органов. Выяснение взаимоотношений между пузырем и кишкой, с одной стороны, и перегородкой — с другой, должно быть проведено еще до операции рассечения. Во время операции полезно уточнить расположение кишки и пузыря путем введения пальца в прямую кишку и металлического катетера в пузырь. Это особенно важно, если хирург убежден в частичном расположении этих органов в перегородке или если по этому поводу возникли обоснованные подозрения.

Удаление кисты гартнерова хода. Это заболевание обычно не сопровождается болевыми ощущениями и чаще обнаруживается при гинекологическом осмотре. В ряде случаев такие кисты могут достигать значительных размеров, препятствовать половому акту или существенно осложнять

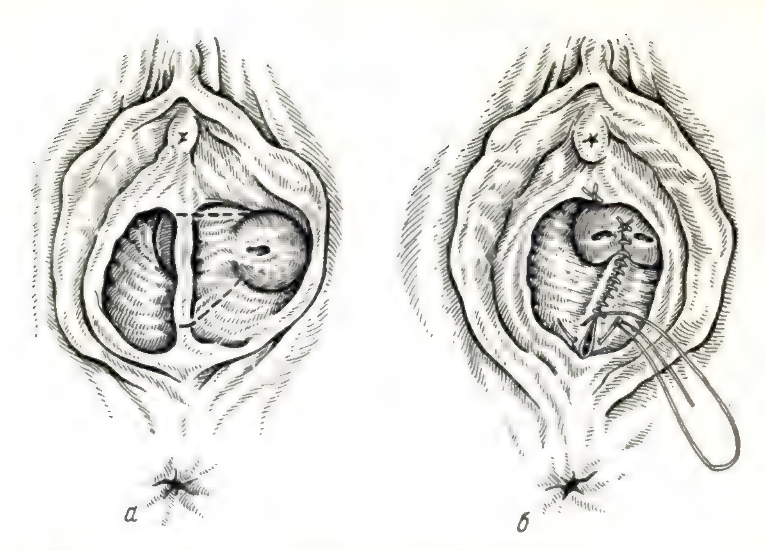


Рис. 21. Операция рассечения влагалищной перегородки.
а — схематическое изображение влагалищной перегородки до операции; *б* — вид после операции, наложение шва на рану задней стенки влагалища.

роды, поэтому большие опухоли требуют удаления. Однако такое вмешательство не всегда просто выполнить, особенно при высоком размещении кисты во влагалище или из-за ограничения оперативного доступа. Осторожно поверхностно рассекают слизистую оболочку влагалища по вершине опухоли и постепенно вылущивают кисту. Это нередко сопровождается значительным кровотечением и таит в себе опасность ранения мочевого пузыря или прямой кишки. Естественно, что эти осложнения чаще возникают при своеобразном размещении кисты в связи с тесным и близким соседством какой-либо ее части с пузырем или кишкой. Поэтому еще до удаления кисты хирург должен иметь четкое представление об анатомических взаимоотношениях этих органов с кистой влагалища. Не менее важно также во время выделения кисты осуществлять планомерный и систематический гемостаз. После удаления кисты и тщательного гемостаза рану в зависимости от ее обширности и глубины ушивают отдельными узловыми кетгутовыми швами в несколько этажей (рис. 22).

Диагностическая пункция заднего свода, задняя кольпотомия (colpotomia posterior). К пункции заднего свода влагалища в основном прибегают в целях дифференциальной

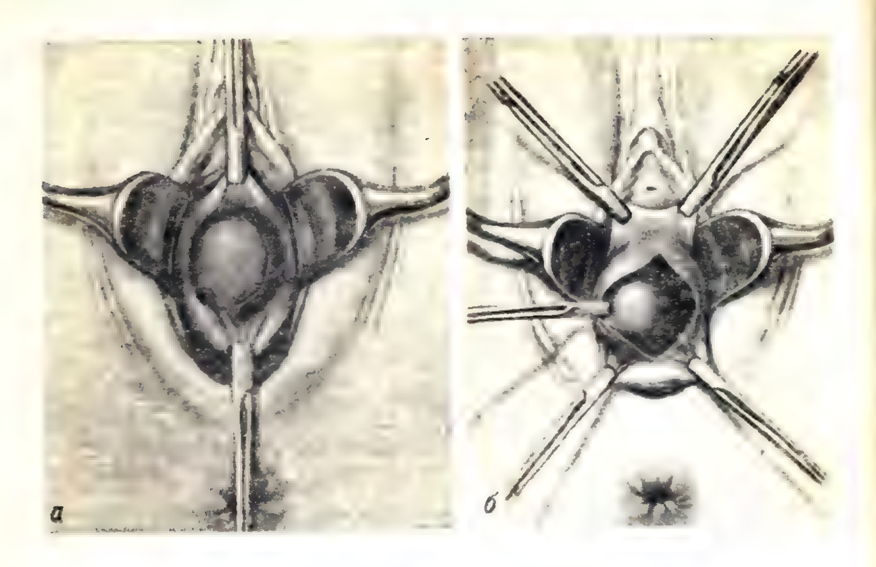


Рис. 22. Операция удаления кисты гартнерова хода.
а — разрез слизистой оболочки влагалища над кистой; *б* — этап начала вылущения кисты

диагностики между нарушенной внематочной беременностью и воспалительными заболеваниями. Обнаружение в пунктате свободной крови свидетельствует о наличии нарушенной внематочной беременности, поэтому вслед за пункцией, как правило, предпринимается чревосечение.

Следует иметь в виду, что пункция заднего свода подтверждает диагноз нарушенной внематочной беременности только в том случае, если кровь получена не из кровеносного сосуда. Поэтому полученную с помощью пункции кровь следует тщательно осмотреть на белом фоне, так как кровь, скопившаяся в брюшной полости, имеет темный цвет и мелкую зернистость (свертывание вне сосудистого русла). Кровь же, полученная непосредственно из сосуда (свежая), такой зернистости не должна иметь.

Если в результате пункции получен гной, то вслед за ней должна быть предпринята задняя кольпотомия с последующим дренированием гнойной полости.

Необходимость в пункции устанавливается на основании гинекологического исследования, при котором выявляется характерное выпячивание заднего свода за счет скопления в нем жидкости (кровь или гной). Для подобной операции специальной подготовки больных не требуется. Положение больной на операционном столе и подготовка операционного поля такие же, как для любой влагалищной операции.

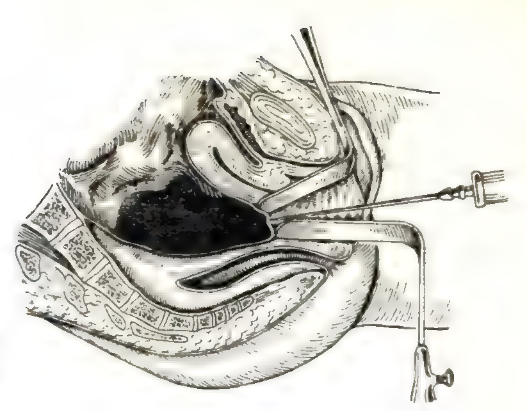


Рис. 23. Операция пункции заднего свода влагалища.

Пункция заднего свода выполняется в следующем порядке. Зеркалами широко раскрывают влагалище, пулевыми щипцами захватывают заднюю губу шейки матки и приподнимают кверху (к лону), так как этот прием существенно облегчает обозрение и доступ к заднему своду. Если слизистая оболочка свода может быть захвачена длинным зажимом, это облегчит и пункцию. Длинной с широким просветом иглой, насаженной на шприц, производится прокол свода на вершине выпяченного участка. Вначале будет ощущаться некоторое сопротивление проколу со стороны тканей свода влагалища, а затем появится чувство попадания в полость. Прокол делают неглубоко, так как в этом отделе толщина тканей свода влагалища не превышает 3 мм (рис. 23). Осторожным и медленным вытягиванием поршня шприца насасывают содержимое (кровь, жидкость, гной).

Если в пунктате был получен гной, то вслед за пункцией приступают к операции — задней кольпотомии. Технически она производится следующим образом. В месте произведенной пункции остроконечным скальпелем в поперечном направлении рассекают ткани свода, причем достаточно широко с тем, чтобы обеспечить сток гноя и последующее введение дренажной трубки в полость гнойника (рис. 24). На конце дренажной трубки, который вводится за кольпотомическое отверстие, должна быть перекладина для фиксации ее в полости гнойника, а конец, располагающийся во влагалище, целесообразно прикрепить к марлевому тампону в целях предохранения от проскальзывания трубки в брюшную полость. Операция задней кольпотомии не сопровождается обильным кровотечением. Если, однако, оно возникает, сле-

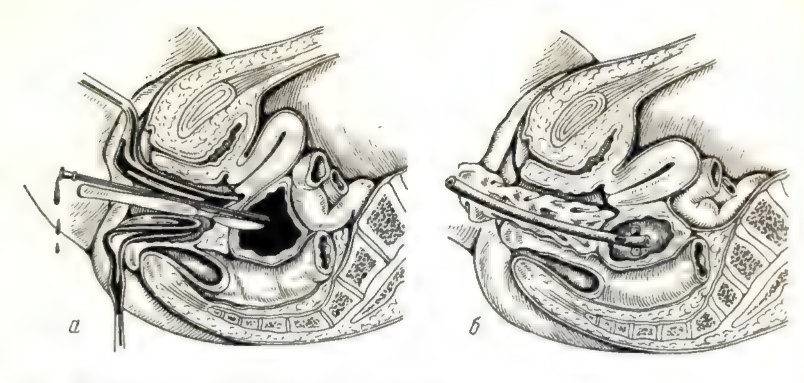


Рис. 24. Операция задней кольпотомии.

а — момент рассечения свода влагалища; *б* — введение дренажной трубки в полость гнойника.

дует туго затампонировать влагалище на несколько часов марлевым тампоном, который одновременно будет удерживать и дренажную трубку.

Глава 4

ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СТАРЫХ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ, НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА, ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Общие замечания. Целесообразно напомнить о некоторых анатомо-топографических особенностях, характеризующих нормальное положение органов малого таза. Известно, что матка располагается по проводной оси таза между мочевым пузырем и прямой кишкой в положении anteflexio-anteversio. По вертикали область внутреннего зева матки должна находиться на уровне интерспинальной линии (lin. interspinalis). В этом положении матка удерживается особым связочным (подвешивающим) аппаратом, состоящим из четырех пар связок: круглых, широких, кардинальных и крестцово-маточных. Снизу матку удерживает так называемый поддерживающий аппарат, в понятие которого включается тазовая диафрагма или тазовое дно. Тазовое дно является основным анатомическим образованием, обеспечивающим сохранение физиологического положения матки и других ор-

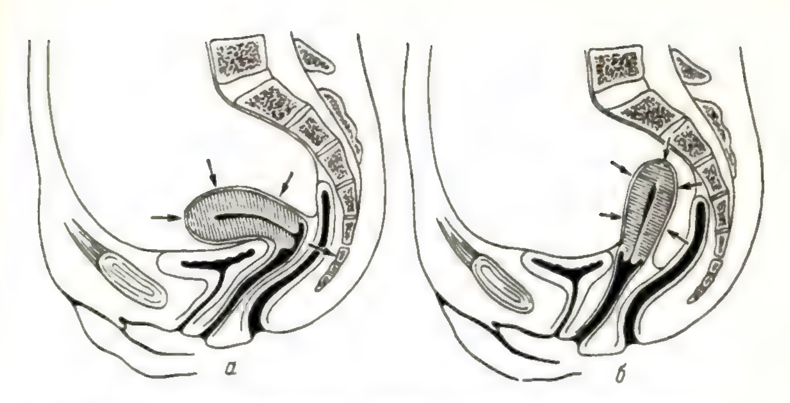


Рис. 25. Схема направлений передачи внутрибрюшного давления.
а — при нормальном положении матки; *б* — при отклонении матки кзади

ганов малого таза и брюшной полости, предохраняющим их от выпадения. При физических нагрузках (подъем тяжести, бег, кашлевые толчки и пр.) возникает повышение внутрибрюшного давления, которое, распространяясь равномерно, оказывает влияние на все органы, в том числе и матку, смещая ее книзу. Однако при нормальном положении матки и состоятельности тазового дна испытываемое маткой давление не меняет ее анатомического положения и с прекращением действия фактора, повышающего давление, матка принимает физиологическое положение. Такая устойчивость матки объясняется тем, что при сохраненных анатомических взаимоотношениях в момент смещения ее книзу она как бы опирается с одной стороны на мочевой пузырь и лобковые кости, а с другой — на упругие мышцы тазового дна. Другие условия создаются, если матка будет находиться в положении кзади (retroversio), тем более при несостоятельности тазового дна, обусловленной значительным расширением hiatus genitalis (рис. 25). Расширение размеров hiatus genitalis можно уподобить «грыжевым воротам». Несостоятельность тазового дна обычно развивается в результате разрывов тканей промежности во время родов, при котором внутренние ножки леватора расходятся в стороны или разрываются. Такой дефект тканей с течением времени формирует недостаточность тазового дна, которая приводит к утрате функциональной роли поддерживающего аппарата. Постепенно тазовые органы, в том числе матка и стенки влагалища, не встречая опоры, все больше и больше



Рис. 26. Полное выпадение матки.

опускаются вплоть до полного выпадения (рис. 26). Вначале происходит опущение стенок влагалища, а затем и матки.

Поскольку к передней стенке влагалища фиксированы и интимно прилежат задняя стенка уретры, шейка и дно мочевого пузыря, а к задней стенке влагалища — передняя стенка прямой кишки, опущение стенок влагалища неизбежно ведет к смещению и этих органов. Следует отметить, что противоположные части указанных органов (передняя стенка уретры, мочевого пузыря и задняя — прямой кишки) подвергаются смещению в меньшей степени. В результате такого неравномерного перемещения различных отделов этих органов возникает растяжение замыкающих аппаратов мочевого пузыря и прямой кишки, что ведет к утрате ими нормальных функций. Потеря сфинктерами способности к рефлекторному сокращению в момент повышения внутрибрюшного давления приводит к тому, что при кашле, чиханье и прочих нагрузках возникает недержание мочи, газов, а при тяжелых формах этой патологии — и кала. Под влиянием постоянного непроизвольного отделения мочи или содержимого кишечника развиваются обширные и мучительные дерматиты в области половых органов, бедер и ягодиц.

При полном выпадении матки одним восстановлением целости тазового дна стойкого лечебного эффекта достиг-

нуть не представляется возможным, особенно при рубцово-измененных и атрофичных тканях промежности. Несмотря на то, что в результате операции восстанавливаются топографические взаимоотношения тканей, состоятельность тазового дна оказывается недостаточной. С течением времени ткани промежности, претерпевая постоянное давление со стороны органов брюшной полости, вновь растягиваются, недостаточность промежности усугубляется и наступает рецидив заболевания. Поэтому в зависимости от выраженности страдания при обсуждении вопроса о необходимости пластической операции должны быть намечены пути дополнительных хирургических мероприятий, содействующих эффекту основного. Хотя вариантов дополнительных операций предложено много, целесообразно рассмотреть только два из них как наиболее эффективные. Обе дополнительные операции связаны с укреплением положения матки со стороны брюшной полости и использованием брюшностеночного доступа. Выполняются они как второй этап после основной (влагалищной) операции в сроки, которые определяются в зависимости от состояния больной, но не раньше $1^1/_2$ —2 нед после первой.

П е р в ы й в а р и а н т состоит в том или ином (по техническому исполнению) укорочении круглых связок. Чаще всего эта операция выполняется по Дартигу—Вебстеру. Этот способ предназначен для придания матке в малом тазу физиологического положения, т. е. anteflexio-versio. После такой операции возможно наступление беременности и даже роды, хотя они нежелательны из-за возможного рецидива страдания.

В т о р о й в а р и а н т основан на подшивании матки к передней брюшной стенке, чаще всего по Кохеру (ventrofixatio modo Kocher). Использование этого варианта ведет к постоянной фиксации матки к брюшной стенке, в связи с чем беременность после такой операции недопустима. Поэтому фиксацию матки обычно сочетают с операцией стерилизации, если она производится у женщин детородного возраста. В основе хирургического вмешательства лежит восстановление целости промежности и укрепление мышц тазового дна. Однако для устранения этого страдания одного формирования тазового дна со стороны задней стенки влагалища недостаточно. Нужно иметь в виду, что опущение стенок влагалища связано со значительным растяжением его тканей в целом. Поэтому для достижения лучшего эффекта такая операция должна включать также укрепление передней стенки

влагалища после удаления ее избытка, возникшего в результате растяжения.

Операция ушивания передней стенки влагалища носит название передней кольпорафии, а задней — задней кольпорафии. Поскольку опущения или выпадения влагалища и матки довольно часто сочетаются с несостоятельностью внутреннего сфинктера уретры, передняя кольпорафия нередко включает и операцию по *укреплению сфинктера мочевого пузыря.*

Операция по поводу неосложненного опущения или выпадения стенок влагалища или матки. Передняя кольпорафия (colporrhaphia anterior). С помощью зеркал широко растягивают влагалище, переднюю губу шейки матки (или обе губы) захватывают пулевыми щипцами и низводят книзу настолько, насколько это возможно, но без излишнего натяжения. На передней растянутой стенке влагалища, отступя на 1,5—2 см от наружного отверстия уретры и на такое же расстояние не доходя до области наружного зева матки, скальпелем на слизистой намечают овальной формы лоскут, который нужно будет удалить. Намеченный лоскут осторожно скальпелем отсепаровывают от подлежащих тканей. Если хирург при отсепаровке лоскута попадает в рыхлый слой, то выделение идет очень легко. Захватив край намеченного лоскута зажимом, следует навернуть его на палец и дальнейшее отделение лоскута вести на пальце, контролируя таким образом его толщину и предупреждая возможное ранение уретры или стенки мочевого пузыря. Ширину намеченного лоскута выбирают в зависимости от степени растяжения влагалища, но она не должна превышать величины, обеспечивающей сближение оставшихся краев раны без натяжения. После удаления лоскута должен быть произведен тщательный гемостаз. Освеженную поверхность на всем протяжении ушивают непрерывным кетгутовым швом или отдельными узловыми швами таким образом, чтобы максимально сблизить края раны слизистой оболочки. Погружные швы являются одновременно гемостатическими и укрепляющими растянутые ткани передней стенки влагалища и стенки мочевого пузыря. Затем непрерывным кетгутовым швом сшивают края раны слизистой оболочки влагалища, начиная с ее верхней части и далее книзу. Производят туалет операционного поля и смазывают шов йодной настойкой, после чего зеркала извлекают. На рис. 27 показаны отдельные этапы этой операции.

Задняя кольпорафия с уменьшением размеров hiatus genitalis (colporrhaphia posterior

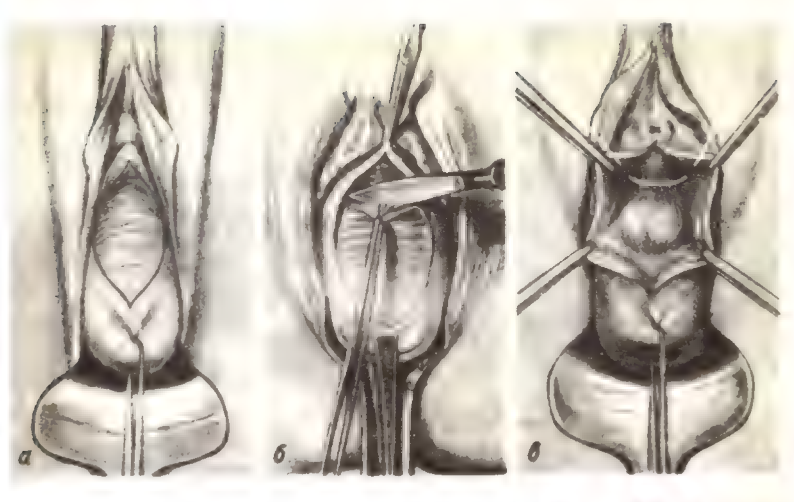




Рис. 27. Операция передней кольпорафии.
а — на передней низведенной стенке влагалища намечен лоскут для отсепаровки; *б* — этап отсепаровки лоскута, *в* — наложение погружных швов; *г* — наложение швов на переднюю стенку влагалища.

c. lavatoroplastica). Во влагалище вводят переднее зеркало (подъемник) и шейку матки вместе с передней стенкой влагалища отводят кверху (положение больной на спине). На слизистую оболочку задней стенки влагалища, на некотором расстоянии кнаружи от шейки матки, а также на боковые отделы нижней части вульварного кольца накладывают зажимы Кохера таким образом, чтобы при их растяжении образовался треугольной формы лоскут, подлежащий затем удалению. Размеры намеченного таким образом лоскута обычно зависят от степени

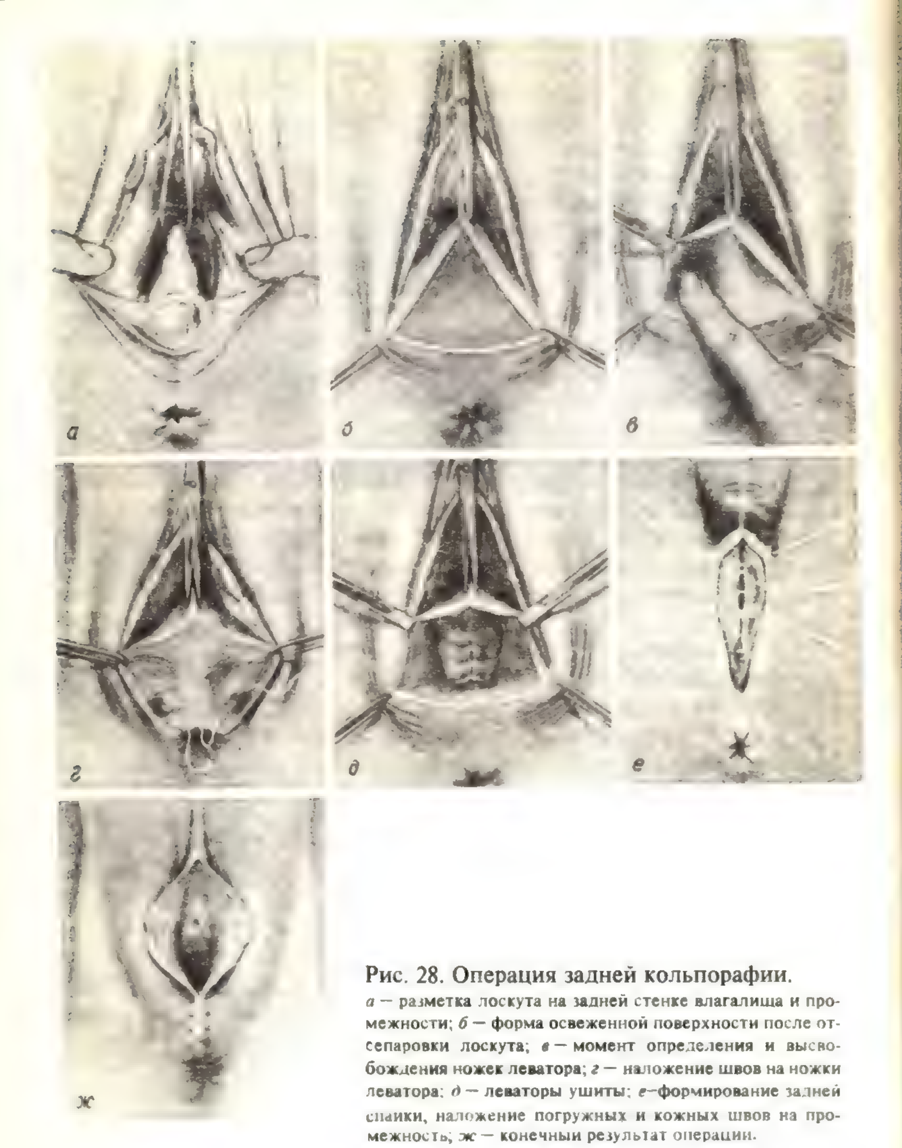


Рис. 28. Операция задней кольпорафии.

а — разметка лоскута на задней стенке влагалища и промежности; *б* — форма освеженной поверхности после отсепаровки лоскута; *в* — момент определения и высвобождения ножек леватора; *г* — наложение швов на ножки леватора; *д* — леваторы ушиты; *е*—формирование задней спайки, наложение погружных и кожных швов на промежность; *ж* — конечный результат операции.

растяжения тканей задней стенки влагалища и выраженности ее опущения. Поэтому верхнюю точку намеченного треугольника выбирают ближе или дальше от купола заднего свода в зависимости от сформировавшегося дефекта. Чем выше

будет располагаться вершина треугольника и чем он будет шире, тем короче окажется созданная затем влагалищная трубка.

Определение величины треугольника, особенно у молодых женщин, представляет сложную задачу, так как неправильный выбор точек его вершин может привести к тому, что сформированное влагалище окажется недостаточно емким или, наоборот, слишком широким. Поэтому при определении величины подлежащего удалению лоскута полезно проверить (до отсепаровки) пальцами глубину заднего свода и длину остающейся части задней стенки влагалища. Величина получающегося входа во влагалище может быть уточнена соединением боковых зажимов и введением пальцев в образованное таким образом отверстие. Только после подобной проверки и полной уверенности в достаточности создаваемого влагалища можно приступить к отсепаровке намеченного лоскута задней стенки.

Слизистую оболочку задней стенки влагалища в пределах намеченного треугольной формы лоскута рассекают и постепенно, частично острым и тупым путем отсепаровывают (рис. 28, *а,б*). Отсепаровка лоскута на задней стенке влагалища технически проще, чем на передней, так как между задней стенкой влагалища и стенкой прямой кишки залегает более рыхлый слой соединительной ткани. При отделении лоскута в этом случае, так же как и при отсепаровке на передней стенке, можно использовать прием отсепаровки на подложенном под лоскут пальце. Следует обратить внимание на толщину удаляемого лоскута, так как его внутренняя поверхность непосредственно прилежит к передней стенке прямой кишки и глубокое проникновение в ткани задней стенки влагалища может привести к травме сосудов венозной сети, богато представленной в этой области, или ранению самой прямой кишки. Если это осложнение будет замечено, то после тщательного ушивания раны можно надеяться на первичное заживление. С удалением лоскута задней стенки влагалища создаются условия для подхода к внутренним ножкам леватора, т. е. группе мышц тазового дна, образующих hiatus genitalis. В целях определения их положения, тургора и целости производится пальпаторное обследование.

Тупым путем ножки несколько высвобождают от примыкающей к ним задней стенки влагалища в стороны от границы удаленного лоскута (рис. 28, *в,г*). Под ножки леваторов (an mass) заводят достаточно прочные кетгутовые лигатуры, число которых определяется степенью расхождения ножек и величиной, на которую необходимо поднять и укрепить будущую промежность (рис. 28, *д*). Концы лигатур, подведенных под обе ножки, захватывают зажимами Пеана, но не завязывают. Обычно целесообразно стягивать и связывать лига-

туры только после того, как будут сформированы нижние отделы задней стенки влагалища путем наложения шва на края раны, образованной в результате отсепаровки лоскута. Края раны задней стенки влагалища ушивают непрерывным кетгутовым швом до области, в которой затем будет сформирована задняя спайка. В ряде случаев полезно перед наложением швов на слизистую оболочку предварительно наложить несколько узловатых кетгутовых швов на подлежащие ткани. Такой прием, помимо обеспечения гемостаза, позволяет свести края раны и тем самым ослабить возможное натяжение тканей.

После того как края раны влагалища будут ушиты, связывают концы лигатур, выведенные из-под ножек леваторов. Этим приемом по существу формируется промежность и укрепляются мышцы тазового дна. Затем приступают к ушиванию оставшейся слизистой оболочки до задней спайки (рис. 28, *е*), новое положение которой было намечено боковыми зажимами Кохера, наложенными перед началом операции в момент определения величины лоскута. Оставшуюся рану промежности ушивают отдельными шелковыми швами, число которых зависит от высоты раны. Перед окончательным ушиванием раны промежности могут быть наложены погружные узловые швы. В ряде случаев вместо шелка можно использовать металлические серфины. После туалета операционного поля и обработки швов влагалища и промежности настойкой йода операцию задней кольпорафии заканчивают. Катетером выпускают мочу и определяют наличие в ней крови.

Если в старый разрыв промежности были включены и мышцы анального сфинктера, то перед наложением швов на леваторы вначале должны быть сшиты пучки мышц анального кольца, как это показано на рис. 29.

Срединная кольпорафия по Нейгебауеру — Лефору (colporrhaphia mediana modo Neigebauer—LeFor). Эта операция применяется исключительно у женщин пожилого возраста, не живущих половой жизнью, при полном выпадении матки, но без нарушения мочеиспускания и дефекации. В связи с тем что после такого вмешательства исключается доступ к шейке матки со стороны влагалища, следует до операции уточнить ее состояние. Поэтому операция не должна предприниматься у женщин с нарушениями в области влагалищной части шейки матки или со стороны эндометрия.

Операция срединной кольпорафии технически сравнительно проста, не требует планомерного выполнения и тщательного наложения швов. Техника операции слагается из пяти этапов

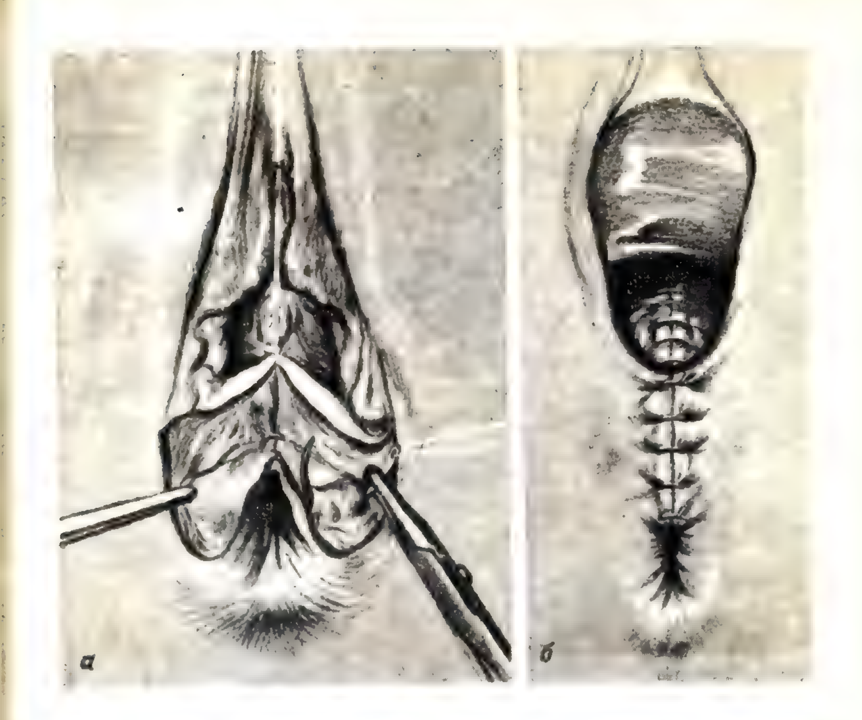


Рис. 29. Этап ушивания разошедшихся мышц анального сфинктера.
а — иглой захвачен левый конец сфинктера; *б* — конечный результат операции.

(рис. 30). *Первый* этап можно отнести к числу подготовительных, так как выполнением его обеспечивается подготовка операционного поля. Пулевыми щипцами захватывают влагалищную часть шейки матки и низводят книзу. Этим приемом достигается выведение матки и всей выпадающей части влагалищной трубки наружу.

Второй этап состоит в том, что на вывернутой передней стенке влагалища намечают контуры лоскута в виде прямоугольника, границы которого должны располагаться: верхняя — отступя на 2 см от наружного отверстия уретры, нижняя — не доходя 2 см до наружного зева матки; боковые границы устанавливают индивидуально в зависимости от степени выраженности растяжения влагалища. Намеченный лоскут (возможно тоньше) отсепаровывают острым путем таким образом, чтобы на передней стенке влагалища образовать четырехугольную освеженную поверхность (рис. 30, *а*).

Третий этап предусматривает создание такой же освеженной

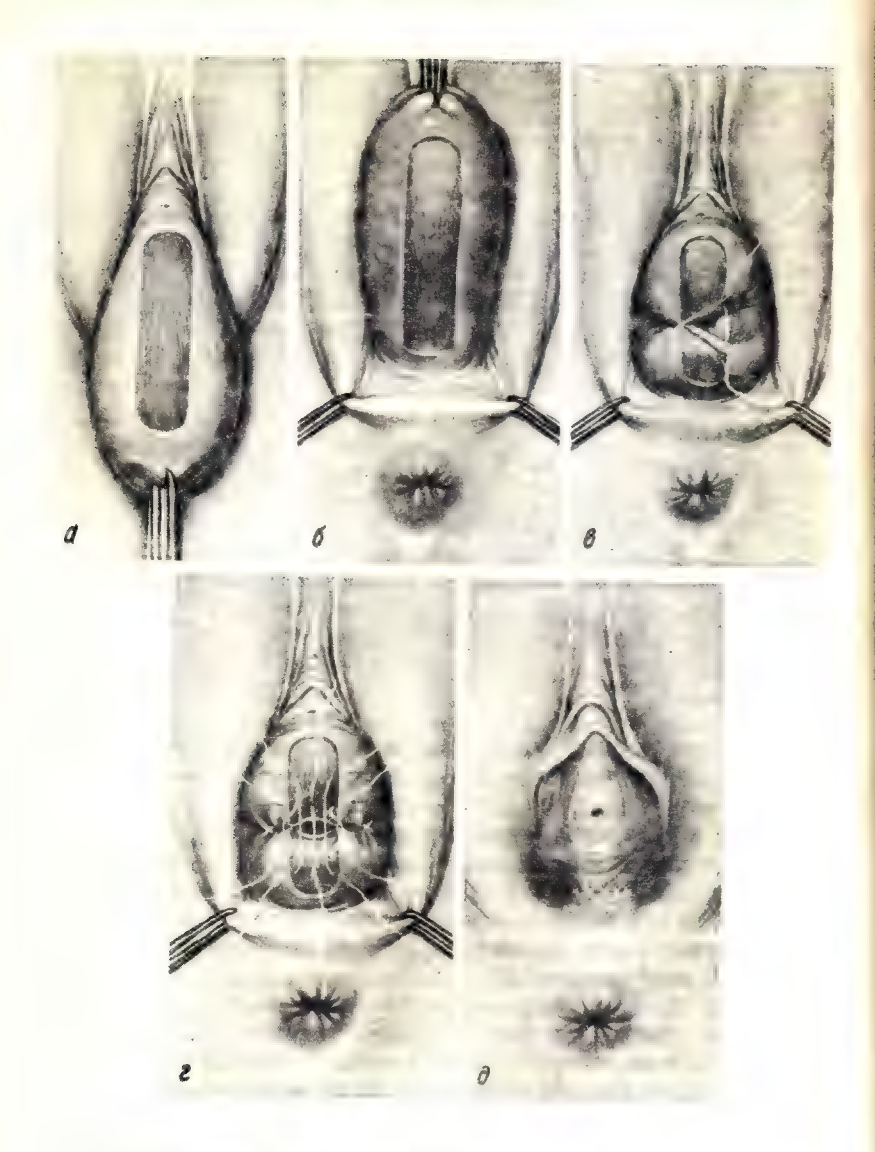


Рис. 30. Срединная кольпорафия по Нейгебауеру — Лефору.

а — освеженная четырехугольная поверхность на передней стенке влагалища; *б* — освеженная поверхность такой же формы на задней стенке влагалища; *в* — наложение первых швов на верхние углы освеженных поверхностей после перемещения шейки матки внутрь; *г* — этап наложения последующих швов; *д* — конечный результат операции срединной кольпорафии.

поверхности на задней стенке влагалища. Для этого шейку матки с помощью пулевых щипцов отводят к лону. Этот прием обеспечивает возможность определения величины всей поверхности задней стенки влагалища, на которой намечается место для отсепаровки такого же по размерам лоскута, как и на передней. После разметки необходимого четырехугольника лоскут отсепаровывают (рис. 30, *б*).

Четвертый этап состоит в совмещении путем сшивания освеженных поверхностей на передней и задней стенках влагалища. Обе раневые поверхности сближают после перемещения шейки матки внутрь влагалища. Кетгутовые одиночные швы начинают накладывать на верхние края ран обоих четырехугольников, расположенных у наружного зева матки (рис. 30, *в*). После этого сшивают вместе обе раневые поверхности четырехугольников, накладывая отдельные кетгутовые швы таким образом, чтобы эти поверхности максимально точно совместились. На этом этапе следует проявить особое внимание к технике наложения швов. Левый край раны прокалывают иглой, начиная с верхнелевого угла уже сшитых верхних краев четырехугольников. Затем той же иглой прошивают подлежащие ткани до середины раневой поверхности передней стенки и иглу переводят на середину задней стенки, прошивают подлежащие ткани задней освеженной поверхности и выкол делают в край раны заднего четырехугольника с левой же стороны. После этого на таком же уровне аналогичным образом ушивают края правой стороны четырехугольников. Здесь технически удобнее начинать с середины раневой поверхности на задней стенке. Поэтому иглой от середины раневой поверхности передней стенки прошивают подлежащие ткани и выкол делают в край раны правой стороны. Конец лигатуры остается на поверхности слизистой оболочки передней стенки влагалища. Второй конец лигатуры аналогично проводят иглой через ткани задней стенки и выкалывают через края раны задней стенки (рис. 30, *г*). Затем обе лигатуры (на левой и правой сторонах) связывают. Таким же образом, начиная от верхних углов, постепенно ушивают всю раневую поверхность до наружных углов четырехугольников. По завершении этого этапа операции с обеих сторон ушитого влагалища формируют боковые каналы, которые имеют сообщение между областью шейки матки и входом во влагалище.

Пятый этап — сшивание нижних краев обоих четырехугольников, которое производится обычными узловыми кетгутовыми швами (рис. 30, *д*). На этом операция заканчивается.

Производят туалет операционного поля и смазывают наружный (видимый) шов йодом. Катетером выпускают мочу[1].

Опыт свидетельствует о том, что у некоторых женщин такое ушивание влагалища вследствие чрезмерного истончения и растяжения тканей и несостоятельности тазового дна не всегда обеспечивает стойкий эффект. Постепенно, под воздействием давления сверху, в связи с несостоятельностью промежности, вновь возникает выпячивание влагалища. Поэтому при необходимости следует произвести дополнительно к срединной кольпорафии укрепляющую тазовое дно леваторопластику, которая выполняется тотчас по окончании срединной кольпорафии.

Хирургическое лечение сочетанного выпадения матки и прямой кишки. Выпадение матки в сочетании с выпадением прямой кишки наблюдается относительно редко. Такое страдание в еще большей степени отягощает состояние больных, требует правильной оценки совокупности патологии и хорошо продуманного плана хирургического лечения.

Вместе с тем следует иметь в виду, что длительно существующее выпадение влагалища, матки и прямой кишки сопряжено с растяжением тканей не только выпавших органов, но и окружающих (связочный аппарат, тазовое дно, клетчатка). В результате длительного растяжения тканей нарушаются кровообращение и обменные процессы, что в свою очередь ведет к формированию трофических нарушений. Поэтому при сочетающемся выпадении матки и прямой кишки не следует рассчитывать на длительный успех операций, связанных с восстановлением целости тазового дна, даже в том случае, если дополнительно производится вентрофиксация матки. Опыт показывает, что для достижения стойкого эффекта в подобных случаях необходимо производить одновременно укрепление прямой кишки со стороны брюшной полости. Следует хотя бы кратко остановиться на некоторых особенностях механизма, способствующего выпадению прямой кишки, так как не каждое ее выпадение требует хирургического лечения.

Принято различать четыре стадии выпадения прямой кишки. *Первая* из них характеризуется возникающим только при затрудненной дефекации выпадением относительно небольшого отрезка кишки, который самостоятельно вправляется. Ко *второй* стадии относят выпадение более значительного отрезка кишки, при котором самопроизвольного вправления ее не происходит и больной приходится самой вправлять выпавшую кишку рукой. *Третья* стадия характеризуется более тяжелыми проявлениями выпадения, которое возникает не только во время дефекации, но и в обычных условиях, при любом повышении внутрибрюшного давления (кашель, чиханье, смех); при этом часто не удерживаются газы и каловые массы. К *четвертой* стадии выпадения относят особенно тягостные проявления, при которых прямая кишка выпадает

---

[1] Катетеризация является обязательной манипуляцией при всех гинекологических операциях, так как большинство их производится в анатомической близости от мочевого пузыря.

при обычной ходьбе и в положении стоя. В этих случаях вправление кишки в лежачем положении эффекта не дает.

Вполне понятно, что различные степени выпадения прямой кишки находятся в прямой зависимости от тех структурных изменений, которые произошли в результате несостоятельности тазового дна. Поэтому, если в первой и второй стадиях выпадения можно рассчитывать на определенный успех обычной пластической операции по восстановлению целости тазового дна и анального сфинктера, то в более выраженных стадиях (третья и четвертая) подобная операция эффекта не даст. В связи с этим восстановление целости тазового дна обязательно должно сочетаться с укреплением прямой кишки.

Техника операции, предпринимаемой по поводу выпадения матки, описана в предыдущих разделах, поэтому ниже целесообразно ограничиться рассмотрением лишь дополнительного вмешательства на прямой кишке.

Операция Кюммеля. Больные перед операцией должны быть тщательно обследованы, чтобы исключить другие заболевания, которые могут вести к выпадению прямой кишки. Известно, например, что оно может быть обусловлено опухолевым поражением прямой кишки. Поэтому хирургическому лечению должны подлежать неосложненные выпадения, в механизме возникновения которых лежит *нарушение целости* тазового дна.

В практике используют различные варианты оперативных пособий, предпринимаемых по поводу выпадения прямой кишки, однако в сочетании с выпадением матки наиболее полно удовлетворяет цели операция, предложенная Кюммелем. Она достаточно проста и обеспечивает стойкий эффект.

Техника этой операции состоит в следующем. Нижним срединно-продольным разрезом (между лоном и пупком) вскрывают брюшную полость. Кишечник максимально отодвигают кверху с тем, чтобы вся поверхность крестцовой области была доступна для тщательного обозрения. На передней поверхности крестца продольным разрезом осторожно рассекают париетальную брюшину на протяжении 7—8 см книзу, начиная от уровня мыса. Рассеченный листок брюшины отсепаровывают в стороны для создания будущего ложа прямой кишки. После этого прямую кишку максимально подтягивают кверху. Чрезвычайно важно, чтобы в результате этого приема произошло втяжение заднего прохода (наблюдение за этим этапом должен вести врач!). В подтянутом положении прямую кишку укладывают в подготовленное ложе на переднюю поверхность крестца. Отсепарованные в обе стороны листки париетальной брюшины фиксируют узловыми кетгутовыми швами к боковым отделам кишки (в этих случаях

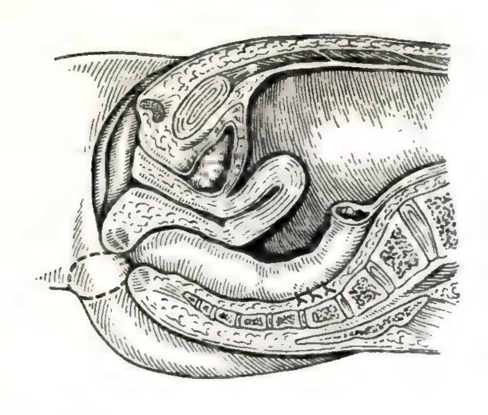


Рис. 31. Положение кишки после операции ректопексии по Кюммелю.

лучше пользоваться тонкими шелковыми нитями). Этим этапом операция фиксации прямой кишки к поверхности крестца (retropexia) заканчивается.

Обычно укрепление прямой кишки сочетается с фиксацией матки, предпринимаемой как второй этап после восстановления целости тазового дна. Этот этап операции может включать различные модификации, фиксирующие положение матки в малом тазу. Однако чаще в практике производят вентрофиксацию матки по Кохеру или укорочение круглых связок по Дартигу—Вебстеру.

Таким образом, в результате ректопексии подтянутая кверху кишка на сравнительном протяжении фиксируется задней стенкой к поверхности крестца и с боков — листками париетальной брюшины крестцовой области. С течением времени между стенками кишки, крестцом и листками брюшины наступают достаточно прочные сращения, которые удерживают ее от выпадения. Положение прямой кишки после ректопексии по Кюммелю показано на рис. 31. Важное практическое значение имеет порядок выполнения отдельных этапов такого комбинированного хирургического вмешательства. По-видимому, тактически правильным решением следует считать такое, которое в каждом случае будет учитывать индивидуальные особенности страдания. Поэтому общий план оперативного вмешательства должен строиться с учетом прежде всего этих факторов и быть хорошо продуманным. Вместе с тем можно рассмотреть некоторую тактическую схему, имеющую определенное практическое значение. Например, если основной причиной страдания является несостоятельность тазового дна и анального сфинктера, целесообразно начинать вмешательство с пластики промежности. Наблюде-

ния свидетельствуют, что при технически правильно выполненной операции даже при значительно выраженных выпадениях органов достигается вполне удовлетворительный эффект. В качестве дополнительного мероприятия в этих случаях можно рекомендовать вентрофиксацию матки по Кохеру. Если же наряду с обычным выпадением матки значительно выражено постоянное выпадение прямой кишки, то первым этапом будет целесообразна фиксация подтянутой кишки при чревосечении. Одновременно с укреплением прямой кишки целесообразно произвести фиксацию матки по одному из принятых в этих случаях вариантов.

Второй этап — восстановление целости тазового дна. Такой тактический прием целесообразнее потому, что подтянутая и невыпадающая прямая кишка создает более благоприятные условия для выполнения вмешательства на промежности и тазовом дне. Следует иметь в виду, что второй этап операции (влагалищный) должен быть ограничен только задней кольпорафией с пластикой тазового дна и, если необходимо, анального сфинктера. Передняя кольпорафия полностью исключается в связи с уже выполненной фиксацией матки в брюшной полости (вентропексия). Поэтому если у больной имеется относительное недержание мочи, требующее для его устранения передней кольпорафии, то первым этапом должны быть выполнены влагалищные операции, а вторым — чревосечение с укреплением прямой кишки и фиксацией матки.

Хирургическое лечение опущений стенок влагалища, осложненных неудерживанием мочи *(несостоятельность замыкающего аппарата мочевого пузыря)*. Неудерживание мочи без нарушения целости мочевыделительных органов называется относительным недержанием, или incontinentio urinae relativa. В отличие от абсолютного недержания, наблюдаемого при свищах в различных отделах мочевыводящих путей, относительное недержание мочи возникает при смехе, кашле, чиханье, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления. В ряде случаев, однако, оно может происходить у женщин в спокойном состоянии.

При повышении внутрибрюшного давления у здоровых женщин мочевой пузырь испытывает сжатие, в ответ на которое возникает безусловный рефлекс, обеспечивающий сокращение мышц запирательного аппарата (сфинктера) мочевого пузыря, а также кишечника. При растяжении этих мышц происходит опущение половых органов. Это обстоятельство в большинстве случаев требует хирургического лечения, которое включает не только устранение опущения стенок влагалища, но и ликвидацию основного дефекта, связанного с несостоятельностью запирательного аппарата мочевого пузыря.

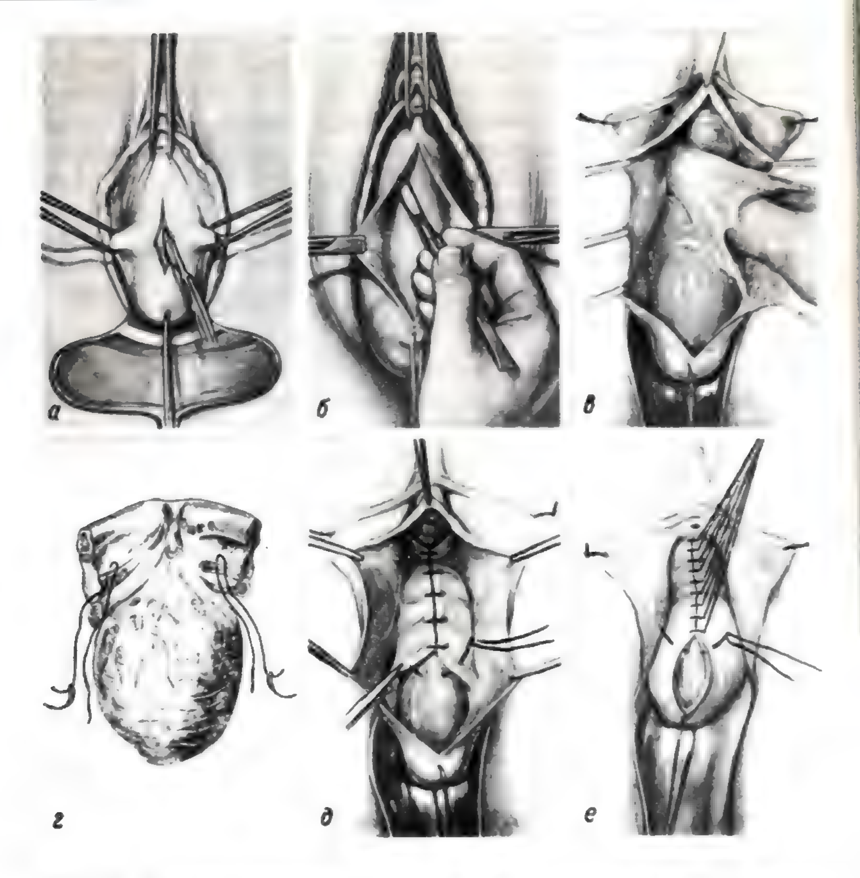


Рис. 32. Операция передней кольпорафии с подвешиванием мочевого пузыря по Фигурнову.

а — рассечение слизистой передней стенки влагалища; *б*, *в* — постепенное высвобождение мочевого пузыря острым и тупым путем; *г* — задняя поверхность симфиза, сбоку от пузыря видна проведенная лигатура за надкостницу лонной кости (схема); *д* — наложение отдельных узловых швов на стенку мочевого пузыря и уретры; *е* — наложение швов на слизистую передней стенки влагалища.

Ниже рассмотрены две модификации операций (по Фигурнову и Фигурнову—Марциусу), наиболее эффективно устраняющие недержание мочи.

Передняя кольпорафия с подвешиванием мочевого пузыря по Фигурнову(colporrhaphia anterior c. suspensio vesici urinaria modo Figurnov). Больную укладывают на операционном столе в обычном положении на спине, принятом для влагалищных операций. Подготовка операционного поля такая же, как и

при других влагалищных операциях. С помощью зеркал широко раскрывают влагалище и низводят шейку матки пулевыми щипцами кнаружи. При значительном опущении низведение шейки матки осуществляется достаточно легко. При этом вся передняя стенка влагалища оказывается доступной для обозревания и выполнения оперативного вмешательства. На передней стенке влагалища в продольном направлении, отступя примерно на 1,5—2 см от наружного отверстия уретры и не доходя 2 см до наружного зева матки, по средней линии рассекают слизистую оболочку (рис. 32,*а*). Частично острым, а в основном тупым путем в стороны от средней линии отсепаровывают края слизистой оболочки влагалища, чтобы достаточно обнажить мочевой пузырь и уретру. Выделение пузыря можно начинать слева или справа, так как последовательность этого этапа существенного значения не имеет и зависит в основном от привычки и навыков хирурга. Для этой цели на слизистую оболочку по линии разреза (одной из сторон) накладывают ряд зажимов с таким расчетом, чтобы на всем протяжении край слизистой можно было бы расправить веерообразно. После этого тупым путем (в некоторых местах можно использовать и скальпель) мочевой пузырь отслаивают от стенки влагалища до уровня задней поверхности нисходящих ветвей лобковых костей (рис. 32,*б,в*). Такой отсепаровкой достигается обнажение области задней стенки и шейки мочевого пузыря, а также большей части уретры[1].

Следующий этап операции является основным и технически достаточно сложным. Суть его заключается в проведении прочной лигатуры (кетгут или шелк) за надкостницу задневнутренней поверхности средней части нисходящих ветвей лонных костей. Вначале лигатуру вводят в правую половину (по отношению к больной). При этом для удобства узким подъемником мочевой пузырь и уретру отводят влево и кверху, а отсепарованную стенку влагалища — вправо и несколько книзу. Этот прием дает возможность видеть глубину раны и острие иглы, заведенной за надкостницу нисходящей ветви лобковой кости. Вторым иглодержателем захватывают конец иглы, проводят ее с лигатурой за надкостницу и выводят в рану. Этот момент операции особенно ответственен, так как при неудачном или неловком движении игла может сломаться и часть ее останется под надкостницей. Извлечение иглы в

---

[1] При отсепаровке пузыря не следует, однако, подниматься очень высоко, в область расположения параметральной клетчатки, так как она богато снабжена венозными сосудами, а их травма, как правило, сопровождается обильным кровотечением.

этих случаях представляет большую сложность и требует определенного опыта и времени. Для этой цели выбирают режущую иглу среднего размера, достаточной толщины и изогнутости, а также острую и надежную по качеству стали. Введение иглой лигатуры за надкостницу показано на рис. 32,*г*. Концы заведенной за надкостницу лигатуры выводят изнутри на наружную сторону отсепарованной части слизистой оболочки влагалища примерно на 2—3 см от края отсепарованного лоскута, не завязывают, а укрепляют в зажиме. Затем переходят на противоположную сторону и аналогичным образом проводят лигатуру. Оба конца также оставляют свободными и пока не связывают. Если в глубине раны возникло кровотечение, его можно временно остановить прижатием марлевым тампоном, который затем удаляют.

Следующий этап операции является не менее ответственным. Как отмечалось выше, механизм относительного недержания мочи у женщин связан с растяжением мышечных элементов замыкающего аппарата мочевого пузыря, поэтому его укрепление является основной задачей данного этапа. В связи с тем, что изолированными швами укрепить мускулатуру сфинктера не представляется возможным, того же эффекта можно достичь, если растянутую шейку мочевого пузыря и верхние отделы уретры сузить лигатурами, наложенными en masse, куда войдут и мышечные элементы сфинктера. Этот этап легче выполняется, если пулевыми щипцами подтянуть шейку матки книзу, а края раны слизистой оболочки влагалища отвести в стороны. Этим приемом достигается возможность свободного обозрения всей раневой поверхности, в том числе части стенки и шейки мочевого пузыря, а также уретры. Отдельными узловыми швами тонкого кетгута прошивают и стягивают с боков мягкие ткани стенки мочевого пузыря и уретры на всем протяжении их обнажения. Ушивание должно производиться с таким расчетом, чтобы при сближении концов лигатуры не создавалось избыточного натяжения тканей (рис. 32,*д*). Узловые швы при необходимости могут быть наложены в 2 и 3 этажа; при этом последний этаж швов должен достаточно хорошо сблизить края раны слизистой оболочки влагалища. После сближения краев может оказаться избыток ткани слизистой влагалища, который легко иссекают. Края раны слизистой сшивают узловым или непрерывным кетгутовым швом (рис. 32,*е*). Производят необходимый туалет операционного поля и смазывают швы йодом. Снимают пулевые щипцы и матку устанавливают на место.

После этого с обеих сторон раздельно завязывают лигатуры,

выведенные из-под надкостницы нисходящих ветвей лобковых костей на наружную поверхность влагалищной стенки. Этот прием приводит к тому, что передняя стенка влагалища с обеих сторон будет высоко поднята кверху. В дальнейшем мочевой пузырь укрепится в этом положении за счет образующихся сращений с поверхностью костей. Таким образом, мочевой пузырь будет надежно фиксирован, что предупредит рецидив выпадения или растяжение сфинктера. Производят окончательный туалет операционного поля. Катетером (для контроля) выпускают мочу. На этом операция заканчивается. Основные швы, выведенные наружу из-под надкостницы лобковых костей, снимают на 15-й день после операции.

В практике чаще встречаются случаи, когда опущение стенок влагалища сочетается с недостаточностью тазового дна. Поэтому, если есть необходимость, одновременно следующим этапом выполняется задняя пластика с ушиванием леваторов.

Операция при относительном недержании мочи по Марциусу в модификации Фигурнова (colporrhaphia anterior c. musculi directoplastic modo Martius—Figurnov). Большинство операций по укреплению мочевого пузыря, в том числе и по Фигурнову, не всегда обеспечивает достаточно надежный эффект, так как создание сужения шейки мочевого пузыря и уретры путем концентрации растянутых мышечных волокон сфинктера, по-видимому, не у всех больных оказывается достаточным. Объясняется это тем, что в некоторых случаях длительно существующее растяжение тканей пузыря существенно изменяет их структуру. Уже при первичном обследовании больных становится очевидным, что для укрепления пузыря, кроме обычной операции, необходимо применить дополнительные мероприятия, способствующие успеху вмешательства в целом. В качестве таких мероприятий было предложено несколько вариантов, например операция по Гебелю—Штеккелю, предусматривающая подведение под шейку мочевого пузыря пластинки из апоневроза, взятой из брюшной стенки, или операция по Гиршуни, имеющая целью перекручивание на 180° высвобожденной из окружающих тканей уретры. Предлагались также модификации, предусматривающие создание подкрепляющих образований из различных тканей в оперируемой области. Операция Зельгейма образует пелот из m. bulbocavernosus. Франца — из ножек m. levatores ani, Марциуса — из переднего конца m. ischiocavernosus. Нет необходимости подробно излагать технику различных вариантов операции. Ниже подробно рассматривается операция Марциуса—Фигурнова, обеспечивающая необходимый эффект.



Рис. 33. Изображение подведенного пелота под шейку мочевого пузыря.

Как оказалось, наиболее полно целям поддержания области шейки мочевого пузыря удовлетворяет создание пелота из ишиокавернозной мышцы (m. ischiocavernosus). Действительно, если отсепаровать ее задний конец, а не передний, как предложил Марциус, и перевести его на противоположную сторону, то перекинутая и укрепленная таким образом мышца будет служить достаточной опорой для задней стенки мочевого пузыря. Технически эта операция несложна. Некоторые затруднения могут встретиться лишь при отыскании и отсепаровке ишиокавернозной мышцы, которая относительно тонка и богато снабжена венами. Однако при известном опыте и знании топографии выделение ее удается осуществить без особых затруднений. После того как мышца будет обнаружена, ее заднюю часть на достаточном протяжении отсепаровывают с таким расчетом, чтобы освобожденный конец можно было без резкого натяжения подвести к одноименной мышце противоположной стороны, к которой перекинутый конец подшивают узловыми кетгутовыми швами. На рис. 33 показано, как выглядит подведенный под шейку мочевого пузыря созданный пелот. Эта операция, как правило, составляет дополнение к операции Фигурнова или обычной передней кольпорафии. Выполняется она перед ушиванием краев раны слизистой оболочки стенки влагалища.

Глава 5

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ

Общие замечания. Причиной возникновения свищей (мочевых, каловых) чаще всего является травма. Она может быть нанесена при выполнении гинекологических операций, а также

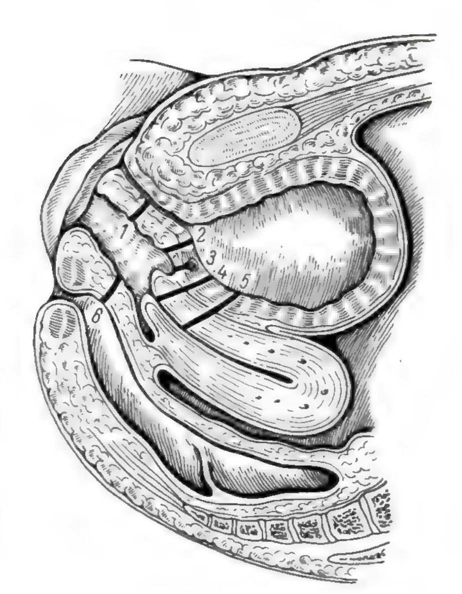


Рис. 34. Схематическое изображение локализации некоторых, наиболее часто встречающихся пузырно-маточных и пузырно-влагалищных свищей.

1 — уретровлагалищный свищ; *2* — пузырно-влагалищный свищ; *3* — мочеточнико-влагалищный свищ; *4* — пузырно-шеечный свищ; *5* — пузырно-маточный свищ; *6* — прямокишечно-влагалищный свищ.

встречается в акушерской практике при осложненном течении родового акта и артифициальных абортах. Причиной возникновения свищей может быть также бытовая или производственная травма. Наконец, образование свищей может быть связано с лучевыми повреждениями тканей при использовании радиоактивных препаратов в терапевтических целях. Свищи могут локализоваться в различных отделах, однако чаще встречаются мочевые, типа пузырно-влагалищных. На рис. 34 приведена схема некоторых видов свищей.

Весьма разнообразны клинические проявления свищей, зависящие от характера возникшего повреждения. Если в одних случаях отверстие свища иногда выявить трудно, то в других — могут быть обширные повреждения, которые правильнее квалифицировать как разрушение части стенки уретры, мочевого пузыря или участка кишечной стенки. Разнообразие причин, ведущих к возникновению свищей, а также их локализации и степени разрушения тканей требует различных подходов к их устранению. Особенно сложны и с трудом устраняются путем оперативного лечения свищи, возникшие в результате ожогов, а также расположенные в верхних отделах влагалища. Затруднения в этих случаях объясняются не столько неудобством оперативного доступа, обусловленного пространственными ограничениями, сколько обширностью повреждения и значительностью рубцовых изменений.

Эффект хирургического лечения свищей зависит от ряда условий, например, таких, как правильная подготовка больных к операции и техническая возможность полностью высвободить свищ из окружающих его рубцово-измененных тканей, а также обеспечение необходимого послеоперационного ухода. Если первое и третье условия могут быть достаточно хорошо обеспечены, то второе не относится к числу прогнозируемых и в большей степени зависит от опыта хирурга и возможности технической подготовки тканей к ушиванию свища. Клинический опыт, однако, свидетельствует, что если не с первой попытки, то путем повторных операций свищ все же удается закрыть. Успеху операции в целом способствует правильный выбор времени для ее реализации, а также необходимая подготовка к ней больной [1].

Формирование свища требует определенного времени, причем, как правило, этот процесс сопровождается воспалительной реакцией со стороны окружающих свищ тканей. Поэтому если первичное ушивание раны не было своевременно произведено, то вторичное, т. е. ушивание уже сформированного свища, может быть выполнено только после полной ликвидации воспалительных изменений и замещения грануляционной ткани рубцовой. Продолжительность этого процесса может быть разной, однако, как показывает опыт, не превышает 2—4 мес. Естественно, что более раннее вмешательство с целью ушивания свища может быть обречено на неудачу. Нужно иметь в виду, что безуспешные попытки еще больше угнетают состояние больных. Преждевременно ушивать свищи не следует еще и потому, что в ряде случаев может происходить их спонтанное заживление.

Подготовка больных к операции. Следует учесть, что мочеполовые свищи (так же, как и кишечные) обычно сосуществуют на фоне той или иной воспалительной патологии (цистит, пиелит и пиелонефрит), которая развивается в результате восходящей инфекции. Такой процесс нередко сопровождается изменением реакции мочи в щелочную сторону или нейтрализации. В связи с этим перевод реакции мочи в сторону кислой является одним из основных условий успеха хирургического закрытия свища. Это может быть достигнуто путем назначения щадящего режима, соответствующей диеты, мес-

[1] Ранение мочевого пузыря, нанесенное во время той или иной гинекологической операции и вовремя замеченное, должно быть сразу же устранено. В таких случаях правильно и тщательно зашитая рана (мочевого пузыря, кишки) обычно хорошо заживает. При этом, естественно, отпадает вообще вопрос о свище.

того применения антисептиков или антибиотиков в виде влагалищных спринцеваний и промываний мочевого пузыря до полной ликвидации воспалительных изменений. По существу эти мероприятия составляют необходимые условия подготовки таких больных к оперативному лечению.

Не менее важна также достоверная информация, с помощью цистоскопии, о локализации свища и взаимоотношении его с устьями мочеточников. Эти данные могут быть получены при условии максимального растяжения пузыря, что в связи с наличием свищевого отверстия не всегда удается. Опыт показывает, что при небольших свищах необходимое заполнение мочевого пузыря достигается с помощью введения во влагалище тампона, особенно резинового. Для этой цели используется резиновый напальчник, который после введения во влагалище заполняют водой до нужного объема. Мочевой пузырь 2—3 раза промывают небольшими порциями теплого 3% раствора борной кислоты и затем, насколько это возможно, заполняют для цистоскопии тем же раствором.

Изменения со стороны кожи промежности, внутренних поверхностей бедер и ягодиц в результате раздражения мочой обязательно должны быть устранены. Хороший эффект могут дать сидячие теплые ванны с применением слабых растворов перманганата калия, а также лечение влагалищными спринцеваниями и мазями (борная, цинковая). Целесообразно также предпринять меры для размягчения рубцовых изменений тканей в области свища. Определенный эффект может быть достигнут с помощью влагалищных спринцеваний раствором перманганата калия с постепенным повышением его температуры от 38 до 41°С, а также инъекций в окружающие свищ рубцовые ткани лидазы (на одно введение 0,1 г сухой лидазы разводят в 1 мл 0,5% раствора новокаина). Инъекции производят ежедневно в течение 7—12 дней в зависимости от характера рубцов и их выраженности. Применением теплых спринцеваний влагалища и лидазы, как правило, достигается определенный эффект, и во время операции отделение мочевого пузыря от стенок влагалища совершается гораздо легче и полнее. Кроме того, необходимо также проверить проходимость неповрежденных отделов уретры, особенно у больных с длительно существующими свищами. Нередко в результате утраты функции может наступить облитерация уретры. Поэтому полезно в предоперационную подготовку включать и бужирование уретры.

Говоря о технике ушивания свищей, следует сделать еще ряд рекомендаций. Известно, что некоторые авторы при ушивании

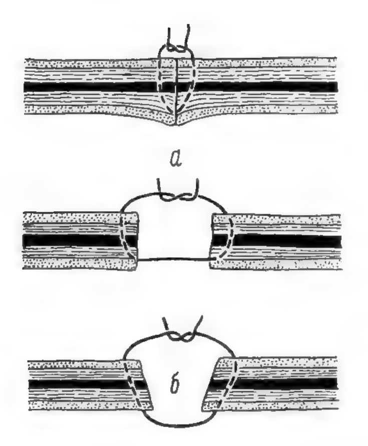


Рис. 35. Техника наложения швов при ушивании свищей.
а — схема правильного накладывания шва; *б* — неправильное ушивание свища.

свища рекомендуют иссекать его рубцово-измененные края. С одной стороны, казалось бы, такая рекомендация вполне обоснована, так как плотные рубцовые ткани могут задерживать заживление раны. Опыт, однако, показывает, что подобная тактика не всегда целесообразна, особенно если учесть, что таких больных нередко приходится оперировать неоднократно. Поэтому, если первая операция оказалась неудачной, хирург во второй раз после иссечения свища встретится со значительно бо́льшим дефектом тканей. Таким образом, неоднократное иссечение краев свища приведет к тому, что в дальнейшем размеры его настолько увеличатся, что хирургическое закрытие свища окажется невозможным. Поэтому целесообразнее не иссекать рубцово-измененные края свища, а стремиться к их сохранению. Для хирургического закрытия свища может быть рекомендован технический прием, которым обеспечивается достаточно хорошее заживление тканей: расщепляют края свища и высвобождают отдельно листки из стенок пузыря и влагалища. В дальнейшем каждый из них должен ушиваться раздельно. Постепенно путем расщепления отъединяют стенку мочевого пузыря от стенки влагалища. Достигается это тем, что скальпелем рассекают края свища вдоль, после чего производят расслаивание стенок мочевого пузыря (или уретры) и влагалища, т. е. расщепление тканей между мочевым пузырем (или кишкой) и стенкой влагалища.

Вторая рекомендация относится к технике ушивания свища. В этих случаях не следует прокалывать слизистую оболочку уретры или мочевого пузыря, так как несоблюдение этого правила ведет к плохому заживлению и проникновению ин-

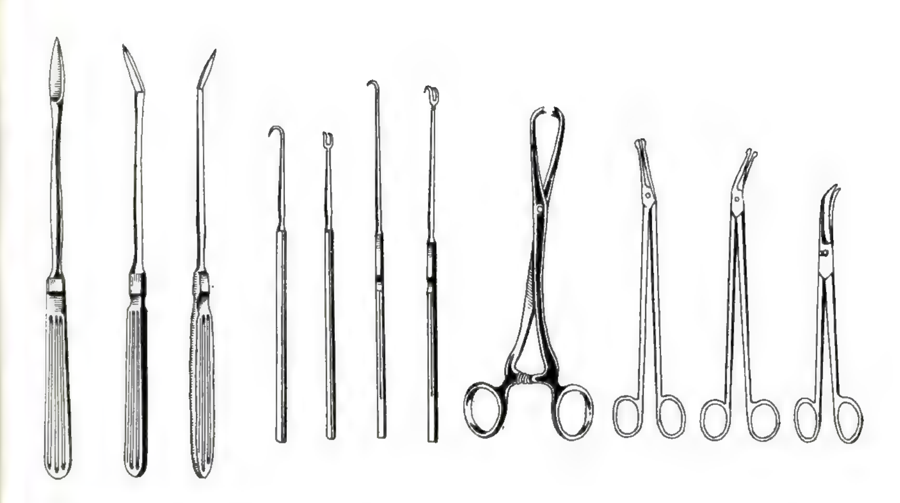


Рис. 36. Фистульные ножи, крючки, зажимы и ножницы, используемые для ушивания свищей.

фекции из половых органов в область тканей ушитого свища. На рис. 35 схематически изображена техника правильного и неправильного ушивания свища.

Операция ушивания свища требует специального инструментария. В этих случаях можно пользоваться и обычными хирургическими инструментами, например зажимами, пинцетами, скальпелем. Однако опыт показывает, что удобными и менее травмирующими являются предложенные для этих операций специальные инструменты: фистульные ножи, зажимы, крючки и ножницы (рис. 36). Такие инструменты во время операции прочно удерживают ткани, не травмируют их и обеспечивают необходимое удобство в выполнении тех или иных приемов.

Хирургическое лечение уретровагинальных свищей (fistulorrhaphia uretro-vaginalis). К ним относят все дефекты уретры, в том числе тяжелые повреждения, включая полное разрушение или разрушение ее одной стенки, обычно задней, примыкающей к стенке влагалища. Поэтому операции по восстановлению целости уретры носят различный характер и объем их зависит от степени разрушения. Ниже будут рассмотрены некоторые виды этой патологии и принципы хирургического восстановления целости уретры.

У ш и в а н и е у р е т р о в а г и н а л ь н о г о с в и щ а (располагающегося в пределах области до сфинктера мочевого пузыря при наличии оставшейся части стенки уретры, доста-

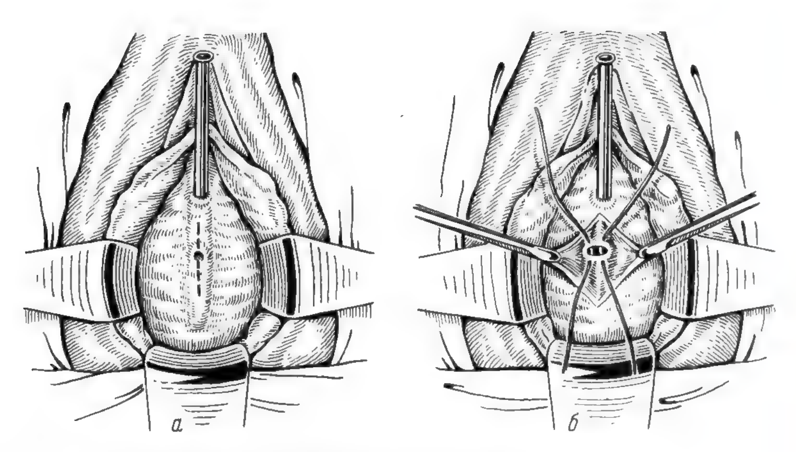


Рис. 37. Ушивание уретровагинального свища.

а — направление разреза слизистой оболочки влагалища; *б* — ушивание свища путем продольного наложения узловых швов.

точной для его закрытия). В зависимости от подвижности и растяжимости вульварного кольца в ряде случаев передняя стенка влагалища может быть обнажена с помощью обычных зеркал или подтянута кнаружи зажимами без захвата шейки матки. В большинстве случаев удается выправить всю переднюю стенку влагалища с помощью низведения шейки матки пулевыми щипцами. Этими приемами обеспечиваются условия для хорошего обозрения всего операционного поля и доступа к нему.

Скальпелем в продольном направлении рассекают слизистую оболочку влагалища (рис. 37), края которой отсепаровывают в стороны от стенки уретры до полного освобождения ее из рубцов. Узловыми кетгутовыми швами свищевое отверстие ушивают в продольном направлении (рис. 37,*б*). Не следует края раны свища ушивать поперечно наложенными швами (левый край с правым), так как можно значительно сузить просвет уретры, который в результате длительного существования свища и без этого может оказаться суженным. Поэтому, ушивая свищ, швы следует накладывать продольно с тем, чтобы передний край свища сближался с задним. При достаточной подвижности отсепарованной части уретры и наличии избыточной ткани может быть наложен второй этаж узловых кетгутовых швов. Слизистую оболочку стенки влагалища целесообразно ушить в противоположном направлении. Ушитая таким образом стенка влагалища дополнительно укрепит швы, наложенные на уретру. По завершении этих

этапов операции производят туалет операционного поля и смазывают швы йодной настойкой.

В практике обширная травма уретры на достаточно большом или всем протяжении встречается относительно редко. Как показывает опыт, разрушению обычно подвергается прилежащая к влагалищу задняя (нижняя) стенка уретры, в то время как передняя (верхняя) или боковые остаются неповрежденными. Степень повреждения по протяженности может быть различной. В одних случаях, несмотря на обширность травмы уретры, сохраняется неповрежденным замыкающий аппарат мочевого пузыря, в других — в разрыв уретры может входить также область шейки мочевого пузыря (сфинктер). Понятно, что в последнем случае, особенно сложном, хирургическое лечение должно быть направлено не только на создание для стока мочи «трубки», заменяющей уретру, но и на восстановление функции замыкающего аппарата, т. е. сфинктера пузыря. Как показывает опыт, тяжелая травма этого отдела встречается чаще в акушерской практике при запоздалом или неправильном использовании акушерских щипцов для извлечения плода. В прошлом такие травмы встречались значительно чаще вследствие широкого применения так называемых высоких акушерских щипцов, которые накладывались на не опустившуюся в полость малого таза головку плода. Вместе с тем обширные повреждения уретры могут быть результатом и бытовой или производственной травм, сопровождающихся в ряде случаев полным разрушением влагалища, нижних мочевыводящих путей и прямой кишки.

Больные с обширными мочеполовыми свищами нуждаются в особом внимании. Если при ограниченных свищах обсуждалась необходимость тщательной подготовки больных к операции, а также выбора наиболее благоприятного времени для производства самой операции, то при тяжелых повреждениях эти условия должны соблюдаться особенно тщательно, так как неудачная попытка первого хирургического вмешательства может быть исправлена при последующих операциях с еще бóльшими трудностями.

Технические основы восстановления разрушенной уретры были разработаны Д. О. Оттом и не потеряли значения в настоящее время.

Операция Отта по созданию уретры при сохранившейся функции сфинктера пузыря и наличии боковых стенок уретры. Идея операции Отта состоит в создании уретры из сохранившихся ее частей. Первым этапом этой операции

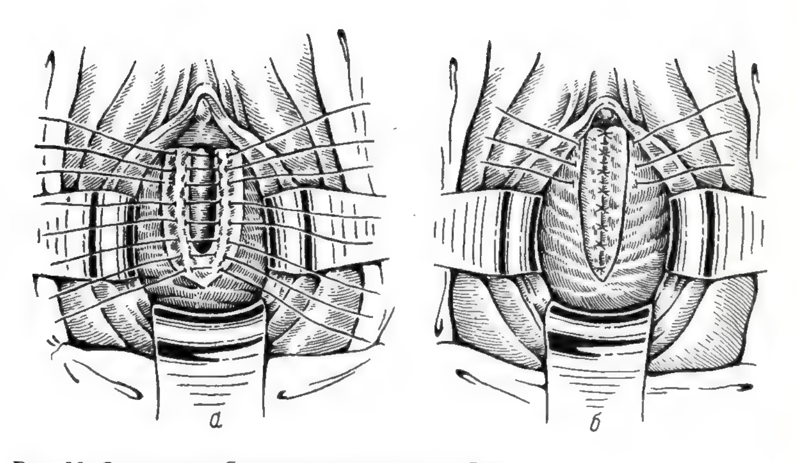


Рис. 38. Операция образования уретры по Отту.

а — создание U-образной освеженной поверхности по краям разрушенной уретры (слизистая оболочка влагалища отсепарована); *б* — края уретры сшиты; наложение швов на слизистую оболочку влагалища.

является выполнение U-образного разреза по всему краю разрушенной уретры, как показано на рис. 38,*а*. Затем по возможности широко производят отсепаровку (расщепление) боковых отделов оставшейся части уретры от стенки влагалища с тем, чтобы обеспечить свободное последующее формирование уротральной трубки. При выполнении этого приема целесообразно выделять стенку влагалища значительно тоньше, чем уретры, так как образование уретральной трубки требует больше ткани.

Освобожденные боковые края уретры затем сшивают узловыми кетгутовыми швами, начиная от мочевого пузыря и дальше к области наружного отверстия. Этот этап требует особого внимания, так как должен выполняться без натяжения тканей и оставления щелей. Ушивание освеженных краев уретры удобнее производить на заведенном в мочевой пузырь эластическом катетере, толщина которого выбирается в соответствии с размерами сохранившихся тканей боковых и передней стенок уретры. При создании уретры катетер выполняет роль трафарета, на котором формируется уретральная трубка. По окончании операции катетер извлекать не следует, так как он будет первое время выполнять роль отводящего мочу канала. Если освеженная поверхность раны созданной уретры позволяет наложить второй этаж швов, это следует выполнить, так как двухэтажное ушивание создает лучшие условия для успеха операции в целом.

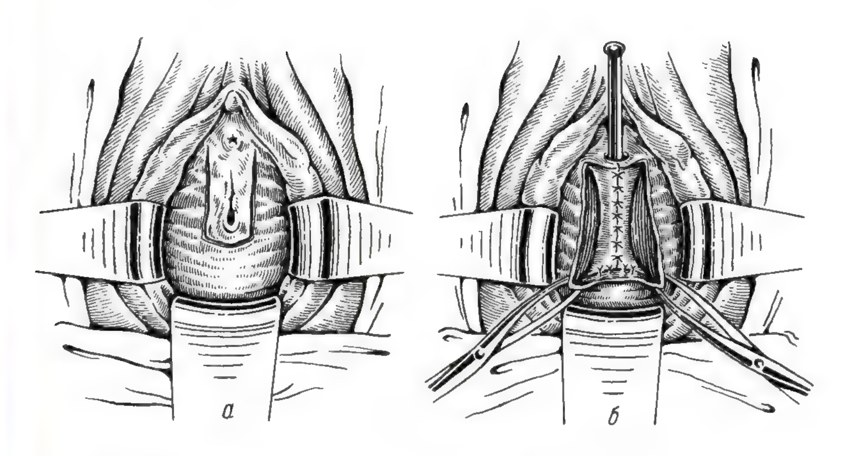


Рис. 39. Восстановление разрушенной уретры по Ольггаузену.
а — границы разреза вдоль разрушенной уретры; *б* — наложение швов для образования уретры.

Следующий этап состоит в том, что края отсепарованной слизистой оболочки влагалища соединяют непрерывным кетгутовым швом с соблюдением условий, препятствующих избыточному натяжению тканей (рис. 38,*б*). Затем производят обычный туалет операционного поля и смазывают швы настойкой йода.

Создание уретры может быть выполнено и в другом варианте, например с помощью операции Ольсггаузена. Операция Ольсггаузена. Эта операция предпринимается в тех случаях, когда разрушения уретры настолько значительны, что из оставшихся неповрежденными передней и боковых стенок уретры сформировать канал не представляется возможным. Отличие ее от операции Отта состоит в том, что разрезы слизистой оболочки влагалища производятся отступя примерно на 1—1,5 см в стороны от разрушенной уретры. В этих случаях уретра формируется за счет не только остатков ее передней и боковых стенок, но и части слизистой оболочки передней стенки влагалища. Все последующие этапы операции остаются без изменений. Этапы по восстановлению целости уретры показаны на рис. 39,*а,б*.

Выше упоминалось, что травматическое повреждение уретры может сочетаться с нарушением целости замыкающего аппарата мочевого пузыря. В этих случаях операцию создания уретры приходится дополнять образованием жома с помощью мышечного пелота. Для этой цели обычно используется часть мышц леваторов либо бульбокавернозной или ишиокаверноз-

ной мышц. Технически эта операция выполняется следующим образом.

Пулевыми щипцами захватывают переднюю губу шейки матки и подтягивают наружу к половой щели. Отступя примерно на 1 см от верхнего конца уже ушитой уретры и не доходя 1,5 — 2 см до наружного зева матки, по средней линии рассекают слизистую оболочку передней стенки влагалища. В обе стороны слизистую отсепаровывают от подлежащих тканей до обнажения мышечного пучка, из которого предполагается образовать пелот. Мышцу для этих целей можно взять слева или справа. Нижний (задний) отдел выделенного таким образом мышечного пучка осторожно отсепаровывают и пересекают, а освобожденный конец перемещают под уретрой к одноименной мышце противоположной стороны. Здесь его закрепляют узловыми кетгутовыми швами. При наличии свободных тканей может быть наложен второй этаж швов. Края отсепарованной слизистой оболочки влагалища сшивают непрерывным кетгутовым швом. Производят туалет операционного поля и смазывают швы настойкой йода.

Хирургическое лечение пузырно-влагалищных свищей (fistulorrhaphia vesico-vaginalis). Ушивание пузырно-влагалищного свища также предусматривает расщепление его края для отделения стенки мочевого пузыря от стенки влагалища на достаточном пространстве, обеспечивающем освобождение тканей пузыря из рубцовых сращений. Так же как и при ушивании уретрального свища, следует стремиться, чтобы на стенке пузыря оставалось больше ткани, чем на стенке влагалища. Это обеспечит более свободное манипулирование при ушивании свища.

В целях обеспечения необходимого выделения мочевого пузыря из рубцовых тканей были предложены различные варианты разрезов: овальный, крестообразный, якорный и др. Однако, по-видимому, форма разрезов не имеет преимущественного значения и не определяет конечный исход операции. Сообразуясь с особенностями свища, целесообразнее выбирать такой разрез слизистой оболочки влагалища, который обеспечивает наилучшую возможность высвобождения пузыря из рубцов.

Ушивание пузырно-влагалищного свища. Скальпелем рассекают края свищевого отверстия по всей окружности и затем путем расщепления высвобождают стенку мочевого пузыря из рубцовых сращений до обнажения здоровых тканей, причем после высвобождения стенка пузыря должна получить достаточную подвижность. Свищевое от-

верстие без особого натяжения ушивают обычными узловыми кетгутовыми швами, но не прокалывают слизистую оболочку. Швы при ушивании отверстия следует накладывать таким образом, чтобы с последующим этажом швов, накладываемых на слизистую влагалища, образовался перекрест. Если рассечение слизистой стенки влагалища было произведено вдоль, то стенку пузыря ушивают в поперечном направлении, и наоборот. Ушивание свища может быть подкреплено и вторым этажом узловых кетгутовых швов, если избыток тканей допускает их наложение.



Рис. 40. Ушивание пузырно-влагалищного свища.

Края раны стенки влагалища сшиваются узловым или непрерывным кетгутовым швом, наложенным в противоположном направлении по отношению к швам на пузыре. Затем производят туалет операционного поля и смазывают швы настойкой йода. Схема одного из вариантов подобной операции показана на рис. 40.

После завершения операции ушивания свища в мочевой пузырь вводят постоянный эластический катетер, по возможности достаточно широкий. Для лучшего оттока мочи на его конце, вводимом в полость пузыря, можно добавить еще одно или два отверстия. Наружный конец катетера укрепляют шелковой лигатурой или лейкопластырем на коже наружных половых органов или соседних участках (лобок, паховые области, бедра) с таким расчетом, чтобы его конец в мочевом пузыре прочно удерживался и не смещался при изменении положения больной. Пузырь промывают теплым 3% раствором борной кислоты. Введенный катетер оставляют в мочевом пузыре на 4—8 сут, т. е. на период заживления раны.

Примечание. При узком влагалище или высоком расположении свища оперативный доступ может быть облегчен с помощью эпизиотомии или разреза по Шухарду. При больших разрушениях стенки мочевого пузыря

или трудном оперативном доступе со стороны влагалища следует от него отказаться и заменить брюшностеночным.

Ушивание пузырновлагалищного свища с применением гомотрансплантатов. Использование трансплантатов при хирургическом лечении пузырно-влагалищных свищей достаточно хорошо разработано и освоено в клинических условиях. Для этой цели, по мнению П. М. Буйко, может быть использована плацентарная ткань. Автор полагает, что успех замещения дефекта плацентарной тканью обеспечивается биологическими особенностями этой ткани, богатой гормонами и другими активными веществами, усиливающими грануляционные и фиброзные процессы.

Техника подготовки плацентарной ткани для трансплантации по Буйко. Плаценту берут от роженицы, обследованной так же, как и донор. Отделившийся послед принимают в стерильную пеленку. Плаценту, очищенную от лишних оболочек, переносят в стерильный сосуд, в котором она сохраняется в холодильнике при температуре 6° С не дольше 12 ч. К началу операции сосуд с плацентой доставляют в операционную. На плаценте в асептических условиях в межсосудистом участке вырезают кусок ткани вместе с плодовой поверхностью толщиной не более 2—3 мм. Площадь трансплантата выбирают соответственно величине свища, но не более чем на 1—1,5 $см^2$.

Первые этапы операции — отсепаровка мочевого пузыря от стенки влагалища и обычное ушивание свищевого отверстия узловыми кетгутовыми швами. Затем на область ушитого свища накладывают плацентарный трансплантат и укрепляют несколькими узловыми кетгутовыми швами (рис. 41). После этого сближают края высепарованной слизистой оболочки влагалища, которой необходимо полностью покрыть трансплантат. Затем края раны ушивают узловыми кетгутовыми швами. Производят туалет операционного поля и смазывают рану настойкой йода. На первые 10 ч послеоперационного периода в мочевой пузырь вводят постоянный катетер.

Обширный пузырно-влагалищный свищ может быть ушит по оригинальному методу, предложенному А. Э. Мандельштамом. Однако он пригоден только в том случае, если у больной отсутствует матка.

Ушивание пузырно-влагалищного свища по Мандельштаму. Вначале освежают края свищевого отверстия, за исключением его верхних отделов, расположенных ближе к задней стенке влагалища (рис. 42,*а*). После этого уже на задней стенке влагалища, рядом со свищом, отсепаровывают слизистую подковообразной формы разме-

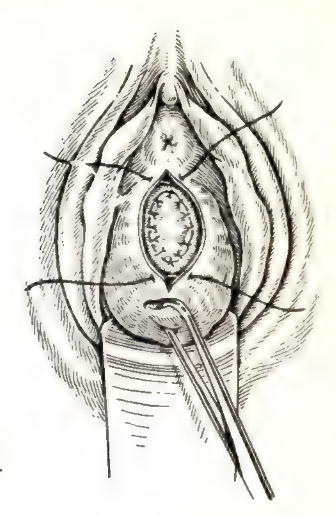


Рис. 41. Наложение на ушитый свищ плацентарного трансплантата (по П. М. Буйко).

рами, достаточными для прикрытия свища (рис. 42,*б*). Освеженной подковообразной формы поверхностью на задней стенке прикрывают свищевое отверстие и сшивают ее узловыми кетгутовыми швами в два этажа с краями свищевого отверстия (рис. 42,*в*). Производят туалет раны.

Хирургическое лечение пузырно-шеечных свищей (fistulorrhaphia vesico-cervicalis). К операционному лечению пузырно-шеечных свищей можно приступать не ранее чем через 2—4 мес после их возникновения. К этому времени обычно исчезают сопутствующие воспалительные изменения и грануляционная ткань замещается рубцовой. После достаточного расширения влагалища зеркалами шейку матки, захваченную пулевыми щипцами, низводят книружи. При отсутствии передней губы щипцы могут быть наложены на заднюю губу.

Первый этап операции состоит в том, что введенным через уретру в мочевой пузырь катетером определяют границу расположения мочевого пузыря (рис. 43,*а*). Ниже этой границы слизистую оболочку передней стенки влагалища рассекают овальным разрезом и стенку влагалища вместе с мочевым пузырем отсепаровывают кверху с таким расчетом, чтобы достаточно широко обнажить свищевое отверстие. Одновременно освобождают свищевое отверстие и на шейке матки. Затем пузырный свищ максимально выделяют из рубцов и закрывают обычными узловыми кетгутовыми швами, но не прокалывая слизистую оболочку (рис. 43,*б*). При возможности целесообразно наложить второй этаж таких же швов. Отвер-

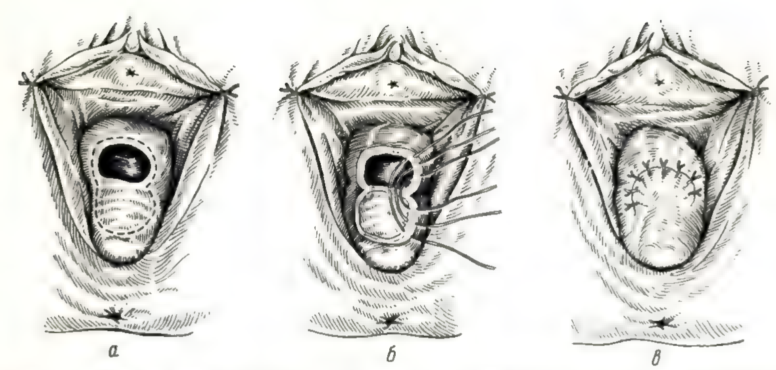


Рис. 42. Ушивание большого пузырно-влагалищного свища заплатным методом по А. Э. Мандельштаму.

а — освежение краев свищевого отверстия; *б* — освежение участка на задней стенке влагалища и сшивание краев; *в* — свищевое отверстие прикрыто лоскутом из задней стенки влагалища.

стие в пузыре выгоднее ушивать в противоположном направлении по отношению к последующим швам на шейке матки.

Отверстие на шейке матки закрывают узловыми кетгутовыми швами, лучше по длиннику самой шейки (рис. 43, *б*). После ушивания свищевых отверстий отсепарованный лоскут слизистой оболочки передней стенки влагалища укладывают на прежнее место и сшивают отдельными кетгутовыми швами. Производят туалет операционного поля и смазывают швы йодной настойкой.

По окончании операции мочевой пузырь промывают небольшими порциями теплого 3% раствора борной кислоты и вводят постоянный катетер.

Хирургическое лечение мочеточнико-влагалищных свищей (fistulorrhaphia urethero-vaginalis). Больные с мочеточнико-влагалищными свищами встречаются сравнительно редко и должны быть отнесены к категории тяжелых.

Такой дефект не только ведет к постоянному вытеканию мочи из влагалища, но и нередко обусловливает возникновение тяжелых заболеваний почек (пиелит, пиелонефрит). Мочеточниковые свищи, как правило, являются следствием повреждения мочеточников в результате технических ошибок при выполнении даже такой относительно простой операции, как надвлагалищная ампутация матки, однако чаще оно происходит при экстирпации матки. Ранение мочеточника во время операции возможно в любых его отделах. Например, повреждение может быть нанесено в верхнем отделе на уровне вхождения его в малый таз, где мочеточник располагается вблизи воронко-тазовой связки, а также в нижних отделах в области впадения его в мочевой пузырь. В верхнем отделе чаще всего мочеточник перерезают или перевязывают, в то время как в нижнем отделе, вблизи впадения мочеточника в мочевой пузырь, обычно наносят повреждения одной из его стенок.

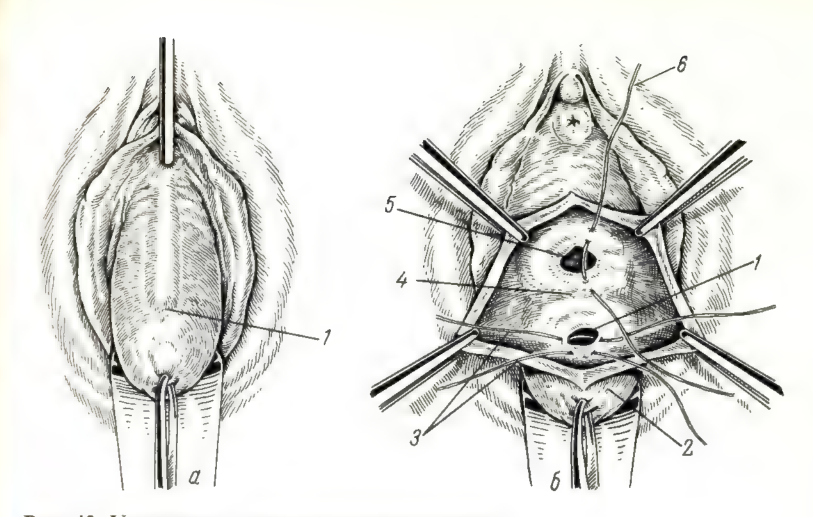


Рис. 43. Ушивание пузырно-шеечного свища.

а — определение границы мочевого пузыря катетером; *1* — граница мочевого пузыря; *б* — один из этапов ушивания пузырно-шеечного свища: *1* — свищевое отверстие на передней стенке шейки матки; *2* — шейка матки; *3* — наложение швов на шеечный отдел свища; *4* — пузырно-маточная складка; *5* — свищевое отверстие в стенке мочевого пузыря; *6* — наложение швов на свищевое отверстие пузыря.

Перерезка или перевязка мочеточника приводит не к образованию свища, а к общему тяжелому заболеванию, требующему совершенно иного хирургического вмешательства (пересадка мочеточника или удаление почки).

Оперативный метод устранения мочеточнико-влагалищных свищей принципиально отличается от хирургического лечения пузырно-влагалищных. Если в основе оперативного лечения пузырных и уретральных свищей лежит идея закрытия свищевого отверстия швами, то для мочеточнико-влагалищных такой метод оказывается неприемлемым из-за возможности резкого сужения просвета мочеточника. Предложено несколько вариантов хирургического лечения подобных свищей — по Макенродту, Шеде, Мандельштаму, каждый из которых предусматривает не ушивание свищевого отверстия и не пересадку выделенного из рубцов конца мочеточника в мочевой пузырь, а пересадку всего свища вместе с окружающими его тканями в созданное отверстие в мочевом пузыре. Таким образом, хотя свищ и остается, но моча из мочеточника (свища) поступает не во влагалище, а в мочевой пузырь. При выборе того или иного способа оперативного лечения свища следует руководствоваться характером свищевого отверстия, состоянием окружающих тканей, а также наличием или от-

сутствием матки. Методы операции, предложенные Макенродтом и Шеде, применимы у больных при наличии матки, в то время как метод, предложенный А. Э. Мандельштамом, может быть использован только при ее отсутствии. Прежде чем выбрать метод операции, необходимо твердо убедиться в наличии мочеточникового свища (а не пузырного), а также наметить наиболее благоприятное время для хирургического вмешательства. Наиболее простой диагностический прием, определяющий наличие мочеточнико-влагалищного свища, введение в мочевой пузырь через уретру окрашенной жидкости, например метиленового синего. Если из отверстия во влагалище будет подтекать окрашенная жидкость, это свидетельствует о наличии пузырно-влагалищного свища. Наоборот, если при введении в пузырь метиленового синего во влагалище подтекает неокрашенная моча, можно предположить наличие мочеточнико-влагалищного свища. В некоторых случаях может быть применена хромоцистоскопия или катетеризация поврежденного мочеточника. Обычно из устья поврежденного мочеточника моча в пузырь не поступает. Путем катетеризации можно установить уровень повреждения мочеточника, так как обычно область повреждения всегда сужена в результате развития рубцовых процессов. В выборе времени для операции следует руководствоваться общим состоянием больной, функцией почек, характером флоры влагалища и реакцией мочи, а также наличием или отсутствием инфицирования в области свища. Если со стороны перечисленных факторов все благополучно, больную можно назначать на операцию.

Техника выполнения операции по Макенродту. Больную укладывают на операционном столе в положении для влагалищных операций. После широкого раскрытия влагалища зеркалами шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят кнаружи настолько, чтобы обеспечить достаточный обзор области свища. На расстоянии примерно 1 см от свищевого отверстия вокруг него рассекают слизистую оболочку влагалища и отсепаровывают в сторону от свища по всей окружности. Затем в области переднего свода влагалища, отступя от свищевого отверстия на 2—2,5 см, в поперечном направлении рассекают слизистую и отсепаровывают в обе стороны в пределах 1—2 см. Через уретру в мочевой пузырь вводят металлический катетер, концом которого вблизи свища выпячивают стенку пузыря в области освеженного участка. В этом месте стенку пузыря рассекают с таким расчетом, чтобы размер и форма созданного в пузыре отверстия соответствовали бы размеру и форме лоскута со

свищом. Лоскут с мочеточниковым свищом приближают к отверстию в мочевом пузыре и отдельными кетгутовыми швами подшивают к краям отверстия. Сначала сшивают края свища с краями сделанного в мочевом пузыре отверстия, затем вкруговую накладывают наружные швы на клетчатку и, наконец, узловые швы на слизистую оболочку влагалища, которая прикрывает собой освеженные отсепаровкой участки. Производят туалет операционного поля, швы смазывают йодной настойкой.

Техника выполнения операции по Мандельштаму. Основная идея этой операции та же, что лежит в основе операции Макенродта, но первая выполняется при отсутствии матки у больных, имеющих двусторонние мочеточнико-влагалищные свищи. Отступя на 1—2 см кпереди от свищей производят разрез слизистой оболочки полукруглой формы и на таком же расстоянии кзади от них — второй такой же разрез. Концы разрезов с боков должны сходиться, образуя фигуру овала. Освеженный участок спереди от свищей рассекают в глубину и вскрывают мочевой пузырь с таким расчетом, чтобы созданное отверстие по размерам соответствовало бы участку, на котором размещаются оба мочеточниковых свища.

Задний участок вскрытого мочевого пузыря сшивают с верхним краем лоскута, на котором располагаются отверстия мочеточниковых свищей, затем нижний край лоскута сшивают с верхним краем отверстия пузыря. Этим приемом всю область выхода отверстий свищей погружают в полость мочевого пузыря. На конечном этапе накладывают погружные швы на клетчатку и поверхностные — на слизистую оболочку влагалища (рис. 44).

Хирургическое лечение ректовагинальных и ректоперинеальных свищей (fistulorrhaphia recto-vaginalis et recto-perinealis). Эта патология может быть следствием самых различных причин.

В акушерской практике, например, свищи могут сформироваться в результате несовершенного заживления ушитого послеродового разрыва промежности III степени, в гинекологической — вследствие незамеченной травмы прямой кишки при выполнении влагалищных операций или лучевого и химического ожогов. Некоторые ректовагинальные свищи могут иметь туберкулезную этиологию.

Размеры свищей и их локализация весьма различны. Свищи могут быть в виде небольшого отверстия или свободно пропускают палец и располагаются от промежности до верхних отделов влагалища. Диагностика даже незначительных по размеру свищей не представляет особых трудностей, если

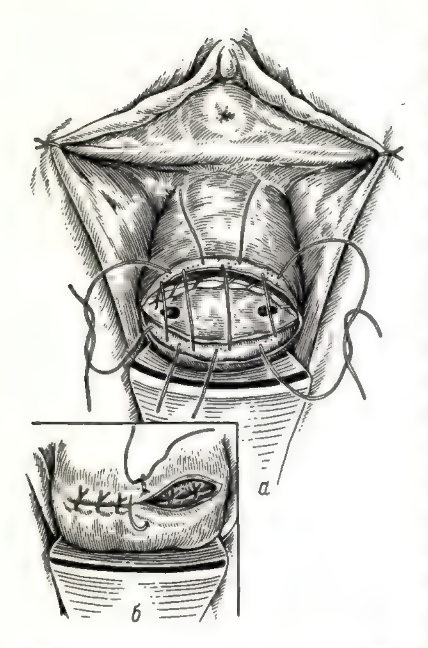


Рис. 44. Закрытие мочеточнико-влагалищных свищей по Мандельштаму.

а — передний край вскрытого мочевого пузыря соединяется с освеженной задней стенкой влагалища; *б* — края передней и задней стенок влагалища сшиты узловыми швами.

установлено проникновение во влагалище газов или содержимого прямой кишки. Обычно ткани вокруг свищевого отверстия воспалительно изменены и имеют интенсивную красную окраску по сравнению с цветом остальной слизистой оболочки влагалища. Такая окраска вокруг свища обусловлена не только воспалительной реакцией, но и нередко связана с пролабированием слизистой. При ректальном исследовании участок, на котором расположено свищевое отверстие, ощущается как углубление на относительно ровной стенке кишки. В ряде случаев свищ настолько мал, что не обнаруживается при самом тщательном обследовании, хотя ощущения больной свидетельствуют о его наличии. В таких случаях диагностика свища может быть облегчена введением в кишку окрашенной жидкости с помощью клизмы.

Гораздо сложнее определить форму и протяженность свищевого хода. Если при больших дефектах свищевое отверстие непосредственно соединяет полости влагалища и кишки, то при небольших — свищевой ход может иметь различную протяженность и быть очень извитым в связи с тем, что отверстия в кишке и во влагалище могут находиться на разных уровнях. Это обстоятельство существенно затрудняет хирургический подход к закрытию свища. Принцип хирургического лечения каловых свищей, так же как и мочевых, состоит в расщеплении тканей перегородки и разъединении прямой кишки (области свища) от влагалища, а также высвобождении свища из рубцов. Однако если при непосредственно сообщающих обе полости (кишка и влагалище) свищах расщепление тканей произвести легко, то при наличии трубчатых, особенно имеющих извитой ход свищах, оно не всегда выполнимо. В таких случаях попытка ликвидировать свищ путем его иссе-

чения нередко обречена на неудачу. Поэтому при трубчатых извитых свищевых ходах необходимо пользоваться широким оперативным доступом независимо от расположения свища (на промежности, вблизи вульвы или в верхних отделах влагалищной стенки). Расширение оперативного доступа заключается в продольном рассечении стенок влагалища и прямой кишки, начиная от анального отверстия. Нередко приходится продолжать разрез несколько выше уровня свища.

Успех оперативного лечения каловых свищей зависит от тщательности подготовки больных. Об оперативном лечении калового свища речь может идти только после ликвидации воспалительного процесса, когда вполне сформируется рубцовая ткань. Этот срок составляет в среднем 4—6 мес. При назначении больных на операцию нужно учитывать также время ожидаемой менструации. В этом отношении наиболее благоприятным следует считать период спустя неделю после окончания менструации, так как накануне или вскоре после нее органы и ткани малого таза более полнокровны. Операция в это время может быть сопряжена с большей кровопотерей, существенно затрудняющей вмешательство. Кроме того, стекающая из матки менструальная кровь нередко содержит клетки отторгнутого эндометрия, которые могут имплантироваться на свежей раневой поверхности и образовать в дальнейшем очаги эндометриоза.

Воспалительные явления на слизистой оболочке влагалища, вульве и соседних участках кожи, обусловленные каловым свищом, могут быть легко устранены с помощью обычных гигиенических мероприятий (спринцевания влагалища, сидячие ванны с антисептиками, специальные мази). После ликвидации этих явлений за 2—3 дня до операции назначают слабительное, кишечник очищают с помощью клизмы и больную переводят на питание через зонд высококалорийными смесями, дающими минимальное количество шлаков.

Положение больной на операционном столе и обработка операционного поля — обычные для влагалищных операций. Операционная сестра должна иметь резиновые напальчники и вазелиновое масло, которые могут потребоваться для ректального исследования во время операции или после ее окончания. Перед началом операции ректальным исследованием повторно уточняют локализацию и форму свища, а после операции — состояние ушитого отверстия.

Рассмотрим технику ушивания ректовагинального (или ректоперинеального) свища, имеющего вид отверстия с небольшой прослойкой тканей между стенками кишки и влагалища.

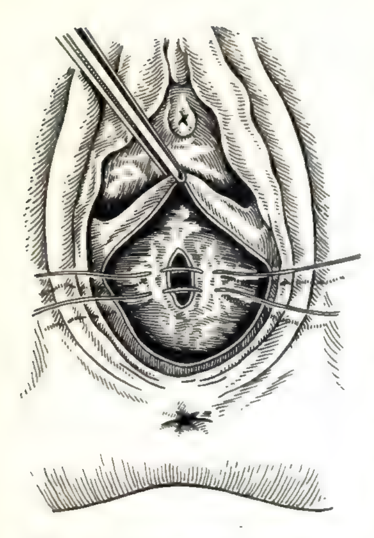


Рис. 45. Ушивание ректовагинального свища.

Ушивание ректовагинального свища. Зажимами, наложенными на слизистую оболочку влагалища, на некотором расстоянии от отверстия свища выравнивают и приближают операционное поле ко входу во влагалище. Вокруг свища рассекают слизистую влагалища. Если у больной, кроме свища, имеется старый разрыв промежности, одновременно может быть намечен необходимый лоскут для последующей операции задней кольпорафии. Скальпелем расщепляют рубцовые ткани между стенками кишки и влагалища. Выполняя этот прием, следует стремиться сохранить больше тканей на стенке кишки за счет некоторого истончения стенки влагалища.

Свищевое отверстие на кишке ушивают отдельными узловыми кетгутовыми швами, не прокалывая слизистую оболочку. При ушивании свища целесообразно осуществить наложение таких швов в два и даже в три этажа. Эта возможность должна быть предусмотрена во время выделения свища из рубцовых сращений. Наложение швов при закрытии свища кишки следует выполнять так, чтобы они перекрещивались со швами, наложенными на стенку влагалища. Разное направление швов обеспечит лучший эффект (рис. 45). Если у больной не предполагалось реконструкции промежности, то после ушивания свища непрерывным швом ушивают отсепарованную слизистую оболочку влагалищной стенки. Наоборот, если нужно восстановить целость промежности, одновременно должна быть выполнена и задняя кольпорафия. По окончании операции производят туалет операционного поля и смазывают швы настойкой йода. Ректально обследуют участок расположения бывшего свища.

Ушивание трубчатого и узкого ректовагинального (ректоперинеального) свища. В этих случаях техника оперативного закрытия свища существенно сложнее. Если удается проследить длину и ход трубчатого свища, операция прежде всего сводится к иссечению всего свищевого хода. Затем производится ушивание

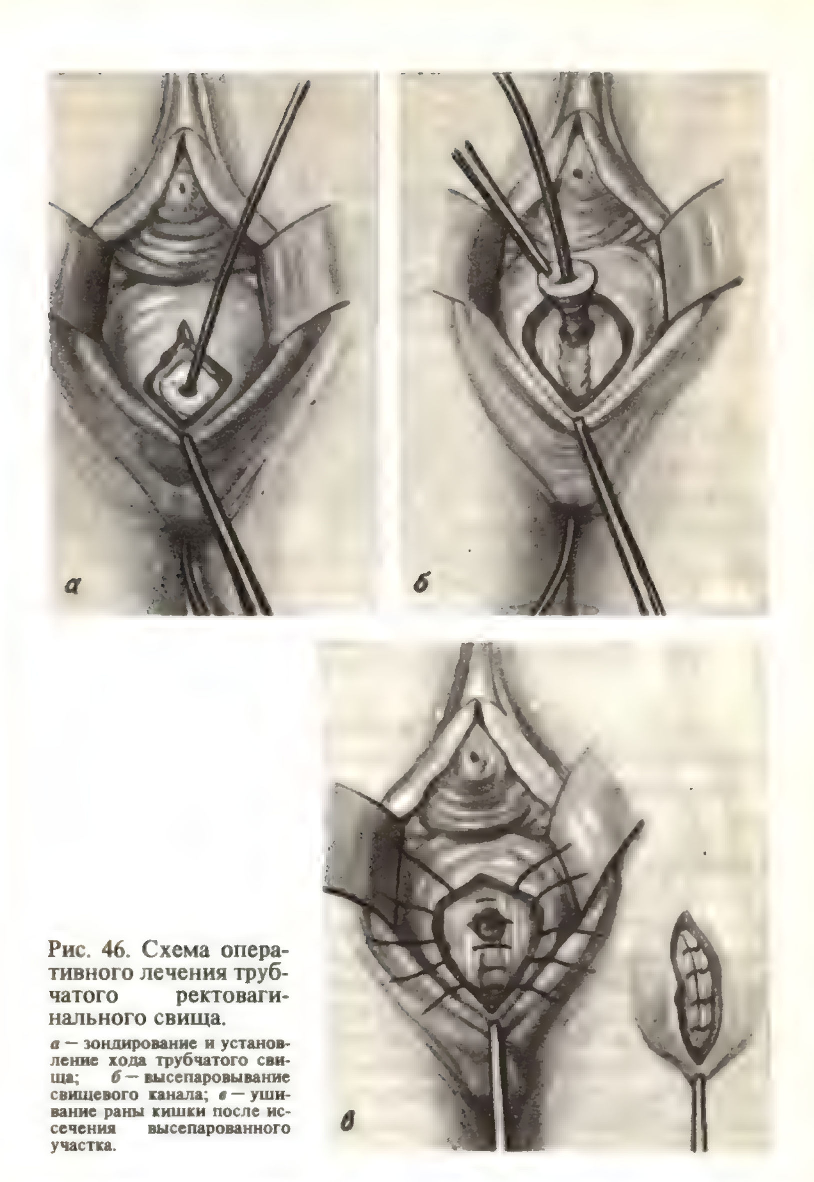


Рис. 46. Схема оперативного лечения трубчатого ректовагинального свища.

а — зондирование и установление хода трубчатого свища; *б* — высепаровывание свищевого канала; *в* — ушивание раны кишки после иссечения высепарованного участка.

самого свища на кишке и слизистой оболочке влагалища (рис. 46). Вследствие недостаточно полного обзора операцию нередко приходится начинать с расширения доступа. Для этого рассекают все ткани влагалища и прямой кишки вместе с

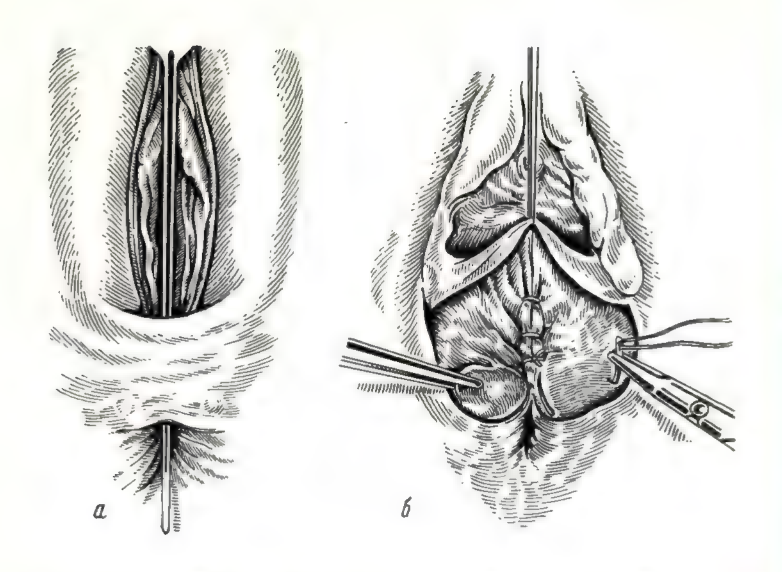


Рис. 47. Этапы ушивания трубчатого ректовагинального свища.

а — введение зонда в свищевой канал для рассечения тканей промежности; *б* — сфинктер восстановлен, наложены дополнительные швы.

анальным жомом. Опыт показывает, что такой подход к ушиванию анальных свищей более рационален, а восстановление функции анального сфинктера при правильной технике оперирования не представляет сложности.

Первый этап операции состоит в расширении анального сфинктера. Расширителями Гегара, смазанными вазелиновым маслом, постепенно (до № 12—14) расширяют заднепроходное отверстие. Последний расширитель остается введенным в прямую кишку и на нем в продольном направлении рассекают анальный сфинктер и прямокишечно-влагалищную перегородку. Рассечение тканей может быть выполнено и на желобоватом зонде, как показано на рис. 47,*а*. В подобных случаях рассечение следует начинать на участке, расположенном несколько выше свищевого отверстия. Для ориентира и с целью выровнять операционное поле при ушивании на вершину разреза накладывают зажим. Концы перерезанной анальной мышцы с обеих сторон прошивают кетгутовыми лигатурами, концы которых берут в зажим Пеана. На стенки рассеченной кишки накладывают атравматические зажимы, свищевой ход высвобождают из рубцов и иссекают. Кишку ушивают тонкими шелковыми узловыми швами на круглой игле. Вкол иглы

начинают от слизистой оболочки кишки одной стороны, затем иглой захватывают часть освеженных тканей. Далее иглу переводят на противоположную сторону, вновь захватывают освеженные ткани и выкол делают на слизистой кишки противоположной стороны. При таком направлении шва узел оказывается в просвете кишки. Каждый шов сразу завязывают, а концы лигатуры обрезают. Первый такой шов должен быть наложен несколько выше вершины разреза на кишке с тем, чтобы между углом рассеченной кишки и первым швом не осталось щели. Так постепенно ушивают всю рану кишки, в том числе и слизистую оболочку анального отверстия. Затем накладывают второй ряд швов, но уже не прокалывая стенку кишки, а если окажется возможным, то и третий ряд.

Следующий этап — восстановление целости сфинктера. Для этой цели связывают ранее наложенные лигатуры, которыми замыкается мышечное кольцо. Для укрепления жом ушивают добавочными швами (рис. 47,*б*). Далее восстанавливают целость промежности: узловыми кетгутовыми швами сшивают ножки леваторов, затем непрерывным кетгутовым швом — стенку влагалища. Наконец, накладывают узловые погружные швы на ткани промежности и шелковые — на кожу аналогично тому, как это делается при задней кольпорафии. Производят обычный туалет операционного поля и смазывают швы йодной настойкой.

В послеоперационном периоде назначают голодную диету. На 8-й день можно применить слабительно-касторовую эмульсию (100 г эмульсии принять чайными ложками в течение часа). Кожные швы на промежности снимают на 5-й день после операции.

Хирургическое лечение сложных пузырно-кишечно-влагалищных свищей. Тяжелые повреждения влагалища с одновременным образованием мочевого и калового свищей встречаются относительно редко. Чаще всего они возникают в результате бытовых и производственных травм. Хирургическое лечение сложных свищей связано с определенными техническими трудностями. В зависимости от особенностей самих свищей хирургическое устранение дефекта технически может не отличаться от операций, предпринимаемых в отношении одиночных свищей. Лечебный эффект зависит от характера и тяжести повреждений тканей влагалища, мочевого пузыря и прямой кишки. Этими факторами определяется возможность мобилизации поврежденных тканей для свободного закрытия дефектов. Наиболее неблагоприятными для хирургического лечения являются свищи, развившиеся в ре-

зультате лучевого повреждения или химических воздействий. Очередность, в которой должны закрываться свищи, в каждом случае устанавливается индивидуально. Некоторые из них можно оперировать одномоментно. Опыт, однако, свидетельствует, что вначале следует закрывать кишечно-влагалищный свищ, а затем приступать к лечению мочевого.

Глава 6

ОПЕРАЦИИ НА ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ

Общие замечания. К числу операций, которые предпринимаются на шейке матки, относятся зондирование и расширение шеечного канала, диатермохирургические вмешательства, удаление полипов, ушивание ее разрывов и различные виды ампутации.

Целесообразно кратко рассмотреть некоторые причины относительно частых заболеваний шейки матки. Некоторые из них требуют особого внимания и своевременного, сравнительно простого хирургического лечения. Наиболее частой причиной заболеваний шейки матки являются последствия перенесенного эндоцервицита и оставшиеся незашитыми в свое время разрывы ее после родов. Незашитые разрывы заживают вторичным натяжением, образуя деформации шейки матки. Несмотря на то что в настоящее время принято производить обязательный осмотр шейки в первые 2 ч после окончания родов и ушивать обнаруживаемые разрывы мягких родовых путей тем не менее такое важное профилактическое мероприятие выполняется еще не во всех случаях или недостаточно тщательно. До сих пор больные с деформациями шейки матки и дефектами промежности встречаются довольно часто. Неушитые разрывы шейки и деформации способствуют развитию воспалительных заболеваний (эндоцервицит), а в дальнейшем приводят к образованию полипов, эрозий и пролябированию (эктропион) слизистой оболочки шеечного канала. Эрозии, эктропионы слизистой оболочки, полипы шеечного канала, деформация шейки матки должны быть отнесены к категории предопухолевых состояний и требуют своевременного лечения. Не следует, однако, полагать, что каждое из перечисленных заболеваний шейки матки обязательно должно подвергнуться малигнизации, но если на протяжении 2—3 межменструальных периодов применение консервативных методов лечения не дает эффекта, целесообразно ставить вопрос об оперативном вмешательстве. Естественно, что устранение старых разрывов шейки матки достигается только хирургическим путем. При решении вопроса о выборе вида лечения (консервативное или оперативное) существенное значение могут иметь результаты специального обследования патологического участка шейки матки с применением многочисленных методов цитодиагностики и инструментально-оптического исследования. В ряде случаев вопрос о характере заболевания может быть решен с помощью биопсии из подозрительного участка.

Переходя к изложению различных видов хирургического лечения заболеваний шейки матки, следует напомнить, что оперативное вмешательство может быть предпринято только после исключения воспалительных заболеваний матки, придатков или в других отделах таза. Нецелесообразно оперировать больных перед менструацией, так как это может привести к расхождению швов или формированию очагового эндометриоза.

Зондирование и расширение шеечного канала при его атрезии. Окклюзия канала обычно возникает в результате выскабливания слизистой оболочки шеечного канала или полости матки с диагностической целью или во время операции аборта. В этих случаях обнаженные участки подслизистого слоя, соприкасаясь, вначале слипаются, а затем срастаются, что приводит к атрезии канала или полости матки.

Зондирование канала и полости матки производят в определенной последовательности. Прежде всего уточняют положение матки в малом тазу, ее размеры, форму, плотность. Затем зеркалами широко раскрывают влагалище, обрабатывают спиртом и йодной настойкой. Пулевыми щипцами захватывают переднюю или обе губы зева и без излишнего натяжения подтягивают шейку к половой щели; шеечный канал на протяжении его проходимости протирают спиртом и йодной настойкой с помощью зонда Плейфера. Учитывая положение матки, производят осторожное зондирование канала маточным зондом. При зондировании канала может возникнуть препятствие в случае использования заднего ложкообразного зеркала вследствие давления его края на заднюю стенку канала. Поэтому при таких манипуляциях лучше пользоваться плоским задним зеркалом Фрича. Обычно легкими поступательными движениями зонда удается пройти место слипания стенок канала, и зонд легко проникает в полость матки.

Если шеечный канал сужен на значительном протяжении, то после зондирования следует осторожно расширить его дилататорами Гегара.

Диатермокоагуляция шейки матки. Это вмешательство может производиться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Диатермокоагуляция используется для лечения различных патологических состояний шейки матки типа эрозии или эктропиона (эрозированный эктропион) слизистой оболочки шеечного канала со «спокойной» морфологической картиной. Операция производится на 3—4-й день после окончания менструации.

Больную укладывают на операционном столе в обычное для влагалищных операций положение. К поверхности бедра или под тазовой областью через слегка увлажненную марлевую прокладку плотно фиксируют неактивный электрод (станиолевая или свинцовая пластинка). Влагалище широко раскрывают зеркалами — задним, передним и, в случае необходимости, боковыми. Слизистую оболочку влагалища, шейку матки и шеечный канал обрабатывают спиртом и высушивают тампоном. Активным электродом (шаровидный, копьевидный или плоский) измененную поверхность шейки матки коагулируют до образования равномерного струпа. Ожоговую поверхность смазывают 5—10% раствором перманганата калия. В дальнейшем струп обрабатывают этим же раствором каждые 1—3 дня до полного его отторжения. Лечебный эффект оценивается после отторжения струпа и завершения полной эпителизации.

Примечание. Если на шейке матки имеются наботовы кисты, то одновременно с коагуляцией производят их прокалывание игольчатым электродом.

Удаление слизистого полипа шеечного канала (ablatio polyposi cervicis). В клинической практике в основном встречаются два вида полипов шейки матки. Одни из них исходят из слизистой оболочки канала шейки (слизистый полип), другие — из подслизистых слоев канала (фиброзный полип). В канале шейки может находиться и полип, спустившийся из полости матки. Эти два вида полипов следует четко дифференцировать, так как техника их удаления различна. Механизм образования слизистого полипа канала шейки матки в большинстве случаев связан с эндоцервицитом, при котором в определенных участках возникает патологическая гиперплазия слизистой оболочки. Полип, как правило, имеет разной длины ножку, а также выраженную сосудистую сеть. На отдельных участках полип может быть покрыт не цилиндрическим эпителием, а многослойным плоским.

Техника удаления такого полипа относительно проста. После обработки влагалища и шеечного канала спиртом полип у основания пересекают либо захватывают за ножку корнцангом и откручивают вращением инструмента. Последний прием удаления полипа целесообразен, так как одновременно обеспечивает перекручивание сосудов ножки. Ложе полипа выскабливать кюреткой не следует, так как окружающая поверхность всегда инфицирована, а разрушение ткани будет способствовать распространению инфекции в глубину.

Удаление фиброзного полипа шейки из полости матки (ablatio polypus fibrosum). Фиброзные полипы на ножке из тканей

шейки матки встречаются относительно редко. Это обычно небольшие образования, чаще располагающиеся вблизи наружного зева, хотя формирование полипов возможно и в более высоких отделах канала шейки. По механизму возникновения и характеру эти образования идентичны фиброматозным узлам матки. К числу таких полипов могут быть отнесены также подслизистые фиброматозные узлы матки, спускающиеся в канал шейки или рождающиеся во влагалище. Поэтому, излагая технику удаления полипов шейки матки, необходимо также рассмотреть вмешательства, осуществляемые в полости матки.



Рис. 48. Удаление фиброзного полипа на ножке, спускающегося из шеечного канала.

Если такой полип имеет тонкую ножку, то удаление его ничем не отличается от удаления обычного слизистого полипа (рис. 48). Однако операция удаления полипа может встретить определенные затруднения, если это образование исходит из более высоких отделов канала шейки или спускается в его просвет из полости матки. Так называемые рождающиеся фиброматозные узлы матки требуют хирургического удаления в связи с тем, что они нередко инфицируются и некротизируются. При наличии тонкой ножки и достаточном раскрытии зева удаление узла можно осуществить со стороны влагалища. Однако, если ножка узла широкая и короткая, то при его удалении следует быть особенно осторожным, так как потягивание за узел может повлечь за собой втяжение стенки матки в месте расположения ножки (рис. 49). Такое втяжение может привести к тяжелым осложнениям, например, к перфорации при отсечении вместе с узлом участка стенки матки. В этих случаях требуется чревосечение и ушивание отверстия. Чрезвычайно опасно, если такое повреждение стенки матки не будет своевременно замечено.

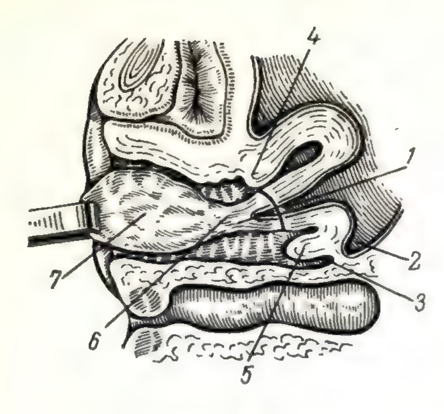


Рис. 49. Возможное втяжение стенки матки при извлечении подслизистого узла.

1 — выворот задней стенки матки; *2* — дугласов карман; *3* — задний свод влагалища; *4* — передняя губа шейки матки; *5* — задняя губа шейки матки; *6* — ножка узла; *7* — узел, захваченный инструментом.

Если наружный зев матки достаточно раскрыт и позволяет подойти к ножке узла, операция производится следующим образом. Зеркалами широко раскрывают влагалище, пулевыми щипцами захватывают нижний полюс рождающегося узла и без усилия подтягивают кнаружи. В основании вокруг ножки надрезают капсулу узла (рис. 50). Затем ножку постепенно тупым путем осторожно истончают и подготавливают к отделению от узла. Истонченную ножку перетягивают кетгутовой нитью и узел отсекают. Культя ножки при этом уходит в глубину полости матки. При небольших размерах узла его удаление может быть выполнено и без перевязки ножки. В этих случаях после осторожного кругового рассечения капсулы у основания ножки узла и ее отсепаровки узел откручивают вращением за инструмент. Сосуды ножки вследствие перекручивания не кровоточат. Если, однако, имеется небольшое кровотечение, можно прибегнуть к тампонированию полости матки или влагалища. Тампон из матки удаляют через 2 ч, а из влагалища — через 10 ч.

Иногда наружный зев бывает раскрыт недостаточно и свободного подхода к ножке узла нет. Для расширения доступа в ней целесообразно рассечь шейку матки вдоль. Для этого необходимо овальным разрезом, на некотором расстоянии от наружного зева, рассечь слизистую оболочку передней стенки влагалища и отсепаровать ее вместе с мочевым пузырем кверху, после чего произвести рассечение шейки по передней стенке на высоту, достаточную для подхода к ножке. В остальном удаление узла совершается в последовательности, описанной выше. После удаления узла отдельными кетгутовыми швами ушивают рану шейки матки, а отсепарованный лоскут слизистой оболочки влагалища укладывают на место и закрепляют отдельными кетгутовыми швами.

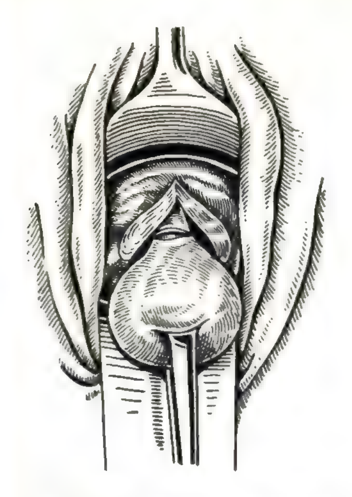


Рис. 50. Удаление рождающегося узла, который расположен в шеечном канале.

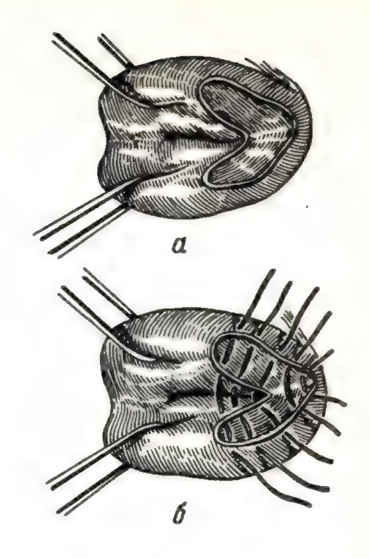




Рис. 51. Операция по Эммету.
а — освежение ткани в границах старого разрыва; *б* — ушивание разрыва; *в* — наложение швов на слизистую оболочку влагалища.

Хирургическое лечение кистозной дегенерации шейки матки (ovulae Nabothii). Хирургическое лечение по поводу этого заболевания предпринимается в том случае, когда многочисленные кисты имеют значительные размеры и существенно нарушают кровообращение в тканях шейки. Ретенционные кисты возникают в результате закупорки выводных протоков шеечных желез вследствие эндоцервицита. Иногда такие кисты могут выпячиваться в виде полипов, имеющих ножку (ovulae Nabothii penduncull).

Хирургическое лечение кистозной дегенерации сводится к проколам кист острым скальпелем или с помощью игольчатого диатермокоагулятора и опорожнению полостей от содержимого.

Ушивание разрывов шейки матки по Эммету. Эта операция предпринимается главным образом при старых боковых раз-

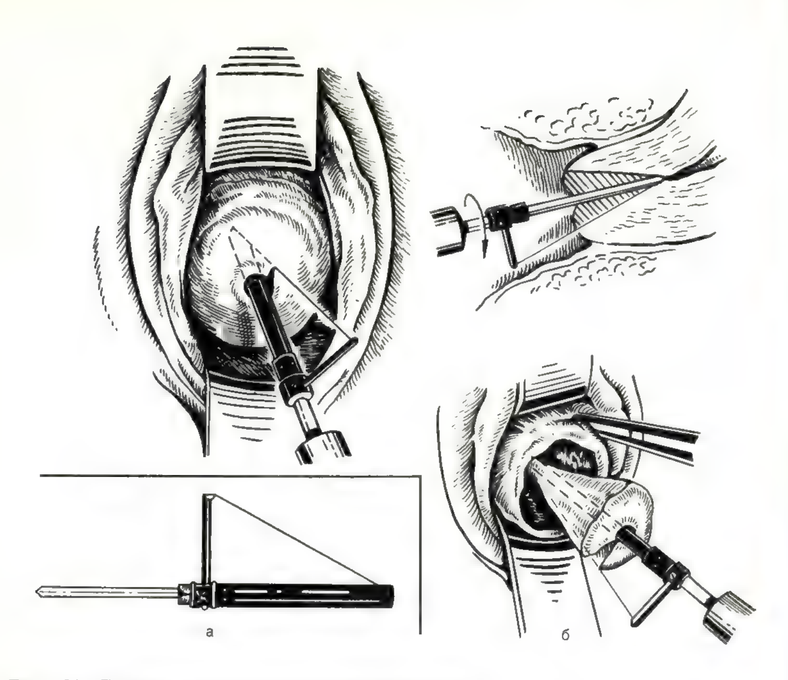


Рис. 52. Схема операции диатермоэксцизии.

а — электронож; *б* — круговое иссечение конусовидного участка шейки матки (отдельные этапы операции).

рывах шейки матки. Подготовка больной, время операции, обработка операционного поля и положение на операционном столе обычные для влагалищных операций.

Зеркалами — передним, задним и, в случае необходимости, боковыми — широко раскрывают влагалище и шейку матки наложенными на обе губы пулевыми щипцами подтягивают к половой щели. Острым скальпелем освежают края старого разрыва и особенно тщательно — его угол (рис. 51,а). Этот этап должен выполняться достаточно осторожно с тем, чтобы максимально сохранить ткани шейки матки. Освеженные края сближают одиночными узловыми кетгутовыми швами с таким расчетом, чтобы сформировался наружный зев матки (рис. 51,б). Затем накладывают отдельные швы на боковые отделы слизистой оболочки шейки (рис. 51,в). Производят туалет операционного поля, снимают пулевые щипцы, удаляют зеркала и матку устанавливают на место.

Диатермоэксцизия шейки матки (electroexcisio colli uteri). Для этой цели применяется специальный электронож (рис. 52,а),

который используется как активный электрод для иссечения пораженной части шейки матки. Выполняется эта операция в следующем порядке. Больную укладывают на операционном столе, как для влагалищной операции. Неактивный электрод на влажной прокладке фиксируют к бедру больной. После этого зеркалами широко раскрывают влагалище, пулевыми щипцами захватывают шейку матки и подтягивают к половой щели. Шейку матки отграничивают специальной резиновой манжеткой, которую вводят во влагалище для предохранения его стенок от случайных ожогов. При отсутствии резиновой манжетки растяжение стенок влагалища может быть обеспечено длинными и плоскими подъемниками. Снимают пулевые щипцы и в наружный зев вводят стержень электроножа. Включают ток, нож врезают в ткани шейки на необходимую глубину, а затем производят его вращение по кругу до завершения ампутации внутренней части шейки. Следует стремиться, чтобы разрез был проведен по границе здоровой и измененной части шейки матки (рис. 52,б,в). После извлечения иссеченной части раневую поверхность шейки смазывают 5—10% раствором перманганата калия и удаляют резиновую манжетку.

Иногда, после иссечения участка ткани, в результате недостаточной коагуляции раневой поверхности возникает кровотечение. Для его остановки целесообразно применить дополнительное коагулирование поверхности, сменив электронож на наконечник-коагулятор в форме оливы или шарика. При этом работу аппарата диатермии следует установить на режим коагуляции.

Удаленную часть шейки матки направляют на гистологическое исследование. В послеоперационном периоде в течение 7—10 дней коагулированную поверхность шейки обрабатывают раствором перманганата калия один раз в день с перерывами в 2—3 дня. Выписывать больных из стационара следует после отторжения струпа, так как при отторжении его, примерно на 9—10-й день, может возникнуть значительное кровотечение.

Ампутация шейки матки по Штурмдорфу (amputatio colli uteri modo Sturmdorf). Операция обычно применяется при разрывах шейки матки, рецидивирующих эктропионах и значительном удлинении и деформации шейки (elongatio colli uteri).

Подготовка больных к операции обычная. Влагалище широко раскрывают зеркалами (задним, передним и боковыми), пулевыми щипцами захватывают переднюю и заднюю губы и шейку подтягивают к половой щели. Металлическим катетером, введенным в мочевой пузырь, уточняют границу его





Рис. 53. Схема последовательных этапов ампутации шейки матки по Штурмдорфу.

а — круговое рассечение слизистой оболочки шейки; *б* — наложение переднего шва на шейку по Штурмдорфу.

расположения по отношению к шейке матки. Острым скальпелем в пределах границы здоровых тканей производят круговое рассечение слизистой оболочки влагалища вокруг шейки матки и лоскут отсепаровывают кверху вместе с нижней частью мочевого пузыря (рис. 53,а). По границе отодвинутой слизистой остроконечным скальпелем круговым разрезом рассекают ткань шейки матки в виде конуса, направленного к внутреннему зеву. Так как при рассечении тканей шейки матки наружная конусовидная часть ее будет удалена вместе с пулевыми щипцами, оставшуюся переднюю часть шейки матки целесообразно захватить зажимами Кохера, после чего отделить заднюю, захватив и ее зажимами. Кровоточащие сосуды лигируют кетгутовыми швами или обшивают.

Следующий весьма ответственный этап состоит в наложении специальных швов. Хирургическим или лапчатым пинцетом захватывают отсепарованный лоскут слизистой оболочки. Швы начинают накладывать с середины переднего края лоскута на расстоянии около 0,5 см от края. Затем этот конец лигатуры проводят из шеечного канала через всю толщу ткани шейки на переднюю стенку влагалища с выколом на 1,5—2 см выше и несколько кнаружи от первого вкола (рис. 53,б). Выведенный конец лигатуры извлекают из иглы и закрепляют в зажиме Кохера. После этого в иглу вводят другой конец той

же лигатуры и повторяют ход лигатуры по соседству с первым. Вкол иглы также начинают с края слизистой оболочки влагалища, отступя от первого на 0,5 см. Затем этот конец проводят со стороны шеечного канала на переднюю стенку влагалища на равную высоту с первым концом и также слегка кнаружи от первого выкола иглы. Обе выведенные на переднюю поверхность лигатуры пока не связывают, а берут в зажим. Затем выполняют наложение шва на заднюю стенку шейки, повторяя те же движения иглой с кетгутовой лигатурой, которую, так же как и первую, не связывают. После подготовки этих двух основных швов можно связать первый шов, выведенный на переднюю поверхность шейки.

В этот момент для лучшего формирования наружного зева ассистент хирургическим пинцетом приближает слизистую передней стенки влагалища к слизистой оболочке канала шейки. Концы связанной лигатуры берут в зажим. То же проделывают со швом, наложенным на заднюю часть шейки. Этим приемом формируют переднюю поверхность ампутированной шейки матки, так как листки отсепарованной слизистой, затянутые швами Штурмдорфа, вворачивают в шеечный канал. Остается сформировать швами боковые отделы шейки, которые проводят через всю ее толщу вблизи шеечного канала, раздельно слева и справа. Лигатуры связывают, а концы берут в зажимы. При их связывании ассистент помогает хирургу правильнее соединить края слизистой. Швы и созданный канал обрабатывают настойкой йода. Зондом проверяют проходимость шеечного канала. Концы наложенных швов обрезают. Катетером опорожняют мочевой пузырь.

Клиновидная ампутация шейки матки по Шредеру (amputatio colli uteri modo Schreder). Подготовка больной и первоначальные этапы операции те же, что и при ампутации по Штурмдорфу. Различие состоит в том, что при клиновидной ампутации разрез шейки производится не циркулярно, а в поперечном направлении через шеечный канал, как бы разделяя шейку на переднюю и заднюю половины. Разрез следует вести сначала в одну, а затем в другую сторону от шеечного канала. Глубина разреза зависит от предполагаемого объема ампутации (рис. 54, *а*). Вначале клиновидно отсекают заднюю половину шейки и сразу же в радиальном направлении накладывают узловые кетгутовые швы (срединный, затем боковые), которыми прошивают слизистую оболочку шеечного канала, толщу шейки и оставшийся лоскут на наружной поверхности шейки (рис. 54, *б*). То же проделывают и со второй (передней) половиной рассеченной шейки (рис. 54, *в*). При необходимости

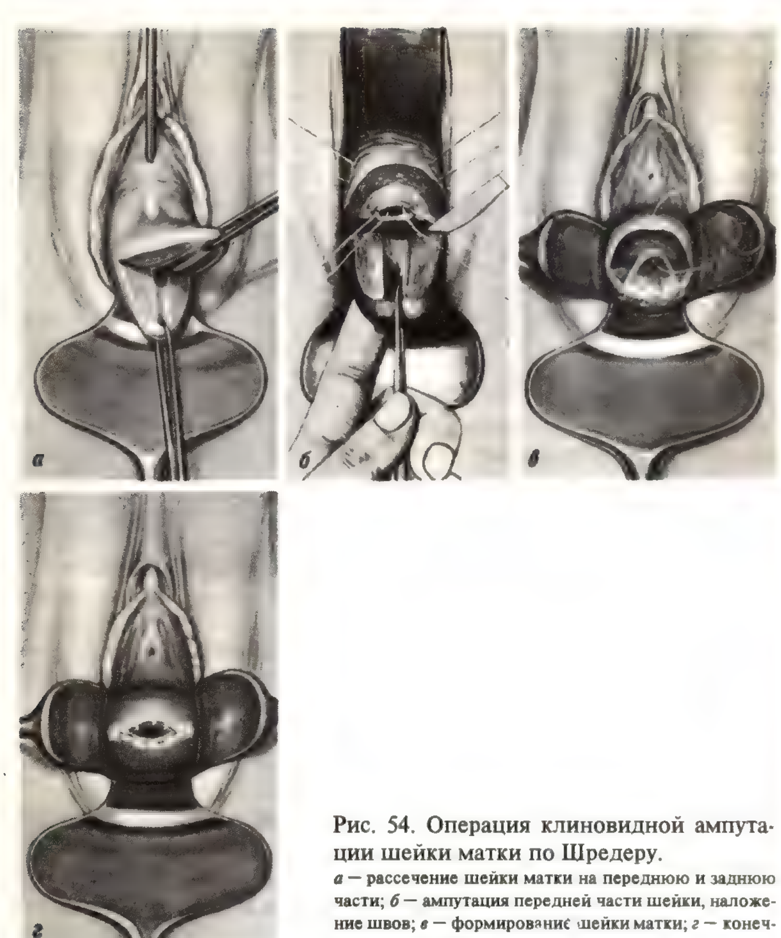


Рис. 54. Операция клиновидной ампутации шейки матки по Шредеру.

а — рассечение шейки матки на переднюю и заднюю части; *б* — ампутация передней части шейки, наложение швов; *в* — формирование шейки матки; *г* — конечный этап операции.

могут быть наложены боковые швы (рис. 54,г). Зондом проверяют проходимость шеечного канала и обрабатывают швы настойкой йода.

Диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки (abrasio mucosi uteri probatoria). Выскабливание матки следует производить крайне осторожно и в то же время достаточно тщательно. Осторожность диктуется возможностью нанесения повреждений (прободение матки при пузырном заносе, раке) или травмы подслизистому узлу миомы (фибромиомы). Тща-

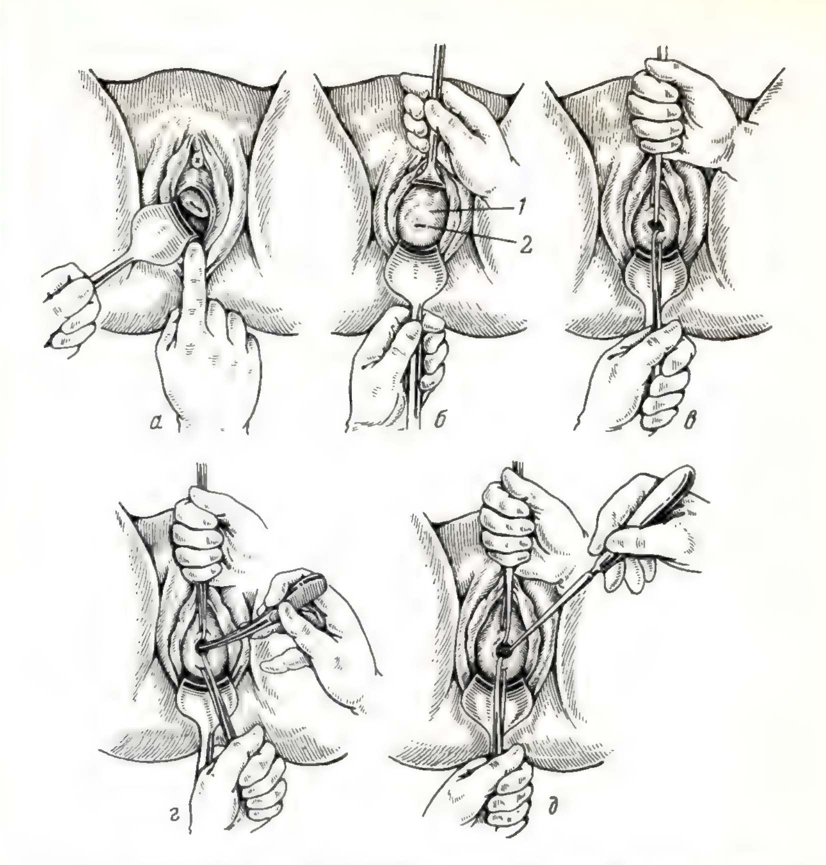


Рис. 55. Диагностическое выскабливание слизистой полости матки. *а* — введение заднего зеркала; *б* — обнажение шейки зеркалами: 1 — влагалищная часть шейки матки; *2* — наружный зев; *в* — захватывание пулевыми щипцами шейки матки и низведение ее; *г* — расширение цервикального канала дилататорами Гегера; *д* — введение кюретки для выскабливания полости матки.

тельностью же выскабливания обеспечивается получение биоптического материала из всех отделов полости, что особенно важно при гнездной форме злокачественного роста опухоли.

Подготовка больных к этой операции и техническое выполнение ее мало чем отличают от аборта. Различие состоит лишь в степени расширения шеечного канала (меньше, чем при аборте) и отсутствии необходимости применения абортцанга.

После обычной подготовки наружных половых органов влагалище широко раскрывают зеркалами и обрабатывают спиртом (рис. 55,*а,б*). Переднюю и заднюю губы захватывают

пулевыми щипцами и шейку матки низводят кнаружи (рис. 55,в). Шеечный канал расширяют до № 8—10 (рис. 55,г). После расширения шеечного канала полость матки обследуют зондом. Определяют ее длину, состояние стенок, уточняют наличие выпячиваний в просвет полости (узлов) или других необычных образований. Затем средней по величине кюреткой производят выскабливание стенок по определенному плану. Вначале выскабливают переднюю, потом заднюю, затем обе боковые стенки и, наконец, меньшей по размерам кюреткой выскабливают углы матки. Соскоб тщательно собирают в пробирку (чашку Петри), заливают формалином и направляют на гистологическое исследование. Целесообразно проведение раздельного выскабливания, при котором вначале удаляют соскоб из шеечного канала, а затем из полости матки. Оба соскоба собирают в разные сосуды. К такому выскабливанию прибегают при необходимости установления локализации патологического процесса.

Клинические и тактические вопросы по ведению выкидыша (аборта). Прерывание беременности в ранние сроки составляет относительно сложную и довольно частую патологию, с которой приходится встречаться врачу-гинекологу. В большинстве случаев при этой патологии возникает необходимость оказания хирургической помощи. Авторы сочли целесообразным осветить несколько шире клинические аспекты аборта, полагая, что такое изложение материала позволит полнее понять механизмы, ведущие к прерыванию беременности и осложнениям, а также уяснить основные тактические принципы.

Наиболее частой причиной маточных кровотечений в ранние сроки беременности является выкидыш. Под выкидышем, или абортом, понимают прерывание беременности в сроки до 28 нед [1]. Выкидыш при сроке беременности до 3 мес (12 нед) называют ранним, а свыше 3 мес — поздним.

Выкидыш, как правило, сопровождается обильным кровотечением, продолжающимся до тех пор, пока не наступит полное изгнание плодного яйца или не будет произведено оперативное опорожнение полости матки путем выскабливания или ручного (пальцевого) удаления задержавшихся частей. По этиологии все выкидыши можно подразделить на две группы: *самопроизвольные* и *искусственные*. Самопроизволь-

[1] Плод, родившийся с массой тела свыше 1000 г и длиной больше 35 см, считается ребенком; прерывание беременности в этом случае следует определять как преждевременные роды.

ные выкидыши возникают без каких-либо вмешательств извне. Причины, вызывающие наступление преждевременного прерывания беременности, весьма разнообразны и обусловлены рядом патологических процессов, которые могут происходить в организме беременной. К наиболее часто встречающимся причинам выкидыша прежде всего относятся острые инфекционные заболевания — грипп, малярия, брюшной тиф, сепсис и пр. Полагают, что образующиеся при этих заболеваниях токсины и продукты жизнедеятельности микробов вызывают дегенеративные изменения в ворсинах или оболочках плодного яйца (фиброз, гиалинизация, некроз), формирование которых приводит к его гибели, отслойке и последующему изгнанию из полости матки. Высокая температура, сопровождающая эти процессы, способствует возникновению сократительной деятельности матки. Самопроизвольное прерывание беременности может наступить также на почве хронических инфекций, например сифилиса, туберкулеза, бруцеллеза, токсоплазмоза и др. К выкидышу могут привести различные расстройства функции желез внутренней секреции (токсический зоб, недостаточность функции желтого тела, надпочечников и др.).

Самой частой причиной самопроизвольного выкидыша являются заболевания половых органов: в первую очередь недоразвитие матки, несостоятельность внутреннего зева, неправильные положения матки, ее опущения и выпадения, субмукозное расположение фиброматозных узлов и некоторые пороки развития внутренних половых органов женщины, а также воспалительные заболевания матки и ее придатков. В числе причин, приводящих к наступлению выкидыша, известное значение может иметь также травма (поднятие тяжести, тяжелые физические нагрузки, ушибы, половые эксцессы во время беременности), роль которой, однако, нередко переоценивается. Такая травма может привести к частичной или полной отслойке плодного яйца, кровотечению и последующему изгнанию яйца. Вместе с тем существуют и другие достаточно сложные механизмы, предопределяющие возникновение выкидыша.

Искусственным (артифициальным) абортом называют намеренное прерывание беременности в ранние сроки. Прерывание беременности в больничных условиях хирургическим путем (выскабливание полости матки, кесарево сечение) чаще всего предпринимается по медицинским показаниям, когда продолжение беременности может вредно отразиться на здоровье женщины (активный туберкулез легких, тяжелая сердечная или сосудистая декомпенсация, неукротимая рвота

и др.). Беременность в ранние сроки может быть прервана в больничных условиях по социальным показаниям, когда у беременной или обоих супругов возникают ситуации, обоснованно требующие прерывания беременности.

Клиническая картина *самопроизвольного* выкидаша в значительной степени определяется сроком беременности. В ранние сроки беременности (до 12 нед) течение выкидыша характеризуется, как правило, обильным маточным кровотечением, связанным с беспорядочной сократительной деятельностью матки и частичной отслойкой ворсистой оболочки. Изгнание плодного яйца из полости матки в этих случаях затягивается во времени или происходит не полностью, что ведет к обильному маточному кровотечению. В сроки, приближающиеся к 28 нед, выкидыш протекает при относительно регулярной сократительной деятельности матки и почти всегда с небольшой кровопотерей; при этом вначале происходят сглаживание и раскрытие маточного зева, отхождение вод, рождение плода, а затем — плаценты.

В течении выкидыша, хотя и условно, принято различать пять клинических состояний, каждое из которых обусловлено определенной фазой развития процессов отслойки и изгнания плодного яйца. Первая разновидность, получившая название *угрожающего выкидыша,* характеризуется в основном относительно умеренными болями в нижних отделах живота и нередко отсутствием сколько-нибудь значительного кровотечения, хотя в этих случаях могут отмечаться небольшие, мажущие кровянистые выделения. При внутреннем исследовании женщины с этой формой выкидыша обычно определяются сохранившаяся влагалищная часть шейки матки (наружный зев закрыт) и несколько повышенный тонус матки. В большинстве случаев при состоянии угрожающего выкидыша и правильном лечении беременность удается сохранить.

Вторая разновидность — *начавшийся выкидыш,* кроме схваткообразных болей, сопровождается появлением из половых путей кровянистых выделений, указывающих на начавшуюся отслойку плодного яйца. При внутреннем исследовании определяется некоторое укорочение шейки матки и начинающееся раскрытие наружного зева. Иногда при этой форме выкидыша беременность может быть сохранена. Исследование в этих случаях должно производиться исключительно бережно, так как настойчивые манипуляции с целью уточнения характера наступивших изменений могут вызвать усиление схваток и дальнейшую отслойку плодного яйца. Исход этой формы выкидыша может быть двояким. Если дальнейшее развитие

выкидыша приостанавливается, то беременность продолжает прогрессировать. Наоборот, если процесс отслойки будет продолжаться, то выкидыш переходит в третью разновидность, при которой сохранить беременность не представляется возможным.

Третья разновидность, или форма, развития выкидыша характеризуется самим процессом изгнания плодного яйца. Эта форма получила в практике не очень удачное обозначение «*аборт в ходу*». В клинической картине этой формы развития выкидыша ведущим симптомом является обильное маточное кровотечение, требующее экстренной помощи. При влагалищном исследовании определяются резкое укорочение (или сглаживание) шейки матки и наступление достаточно большого раскрытия зева, при котором исследующий палец свободно проходит за внутренний зев. Нередко при исследовании в шеечном канале обнаруживают изгоняющееся плодное яйцо, которое относительно легко может быть удалено пальцем. Болевой синдром при этой форме выкидыша, как правило, достаточно выражен. Эта фаза развития выкидыша переходит в четвертую разновидность, получившую название неполного выкидыша.

Для *неполного выкидыша* характерно обильное кровотечение, нередко достигающее угрожающей степени. Влагалище при этом бывает переполнено кровяными сгустками, которые приходится удалять пальцами, прежде чем окажется возможным исследование шейки матки. Значительное кровотечение, возникающее, как правило, вне больничного учреждения, нередко приводит к состоянию резко выраженной анемизации, требующей, как и в предыдущей фазе, оказания немедленной помощи (выскабливание полости матки, а при необходимости — переливание крови). Внутреннее исследование при неполном выкидыше дает достаточно четкую картину: шейка матки обычно укорочена (или сглажена при позднем выкидыше); шеечный канал раскрыт, пропускает свободно исследующий палец, в нем могут определяться остатки плодного яйца.

Лечение этой формы выкидыша в основном сводится к удалению из полости матки остатков плодного яйца и назначению сокращающих матку средств. Удаление задержавшихся частей плодного яйца можно выполнить двумя способами. В одних случаях наиболее успешно приводит к цели обычное выскабливание полости матки, которое предпринимается в ранние сроки прервавшейся беременности, в других — главным образом при поздних выкидышах, целесообразнее применить пальцевое удаление остатков плодного яйца,

если остановку кровотечения врачу приходится производить во внебольничных условиях.

Пятая разновидность, или *полный выкидыш,* — состояние относительно редкое и характерно для поздних сроков беременности, при которых изгнание плода совершается по механизму родов. В этих случаях сначала, как и в родах, происходят сглаживание шейки матки, раскрытие зева, отхождение вод, а затем уже изгнание плода и отхождение последа. Между тем плацента и оболочки могут отойти не полностью и частично задержаться в полости матки. При полном выкидыше значительного кровотечения обычно не бывает. Во время внутреннего исследования при этой форме выкидыша определяется плотная, хорошо сократившаяся матка (по величине соответствующая сроку бывшей беременности), хотя шеечный канал свободно пропускает 1—2 исследующих пальца. Если выкидыш произошел во внебольничных условиях, особенно без наблюдения врача или акушерки, то решить вопрос о наличии или отсутствии задержавшихся частей в полости матки не всегда представляется возможным, а нередко трудности в квалификации формы выкидыша возникают и при осмотре всех родившихся частей. Задержавшиеся в матке кусочки плацентарной ткани и оболочек могут долгое время поддерживать кровоотделение и способствовать проникновению инфекции во внутренние половые органы. Поэтому сразу по отхождении последа непременно в условиях стационара целесообразно произвести контрольное выскабливание полости матки, при котором в большинстве случаев из полости извлекают задержавшиеся части плода. Однако, учитывая большой срок беременности, величину матки после аборта, выскабливание ее полости нужно производить тщательно, но с максимальной осторожностью, чтобы не перфорировать стенку матки.

Нередко выкидыш возникает в результате намеренных вмешательств с целью прерывания беременности, производимых неопытной рукой (спринцевание, прокол плодного пузыря, введение в полость матки инородных тел или различных растворов и пр.), в результате чего могут возникнуть серьезные и опасные осложнения. В этих условиях, помимо травматических повреждений (влагалища, матки), наносимых различными колющими предметами, в половые органы женщины, как правило, вносится инфекция, в связи с чем выкидыш протекает с высокой температурой и явлениями сепсиса и интоксикации. Лихорадочный выкидыш нередко требует специальной терапии, направленной на подавление инфекции,

снятие проявлений интоксикации и поддержание сердечной деятельности.

Выскабливание полости матки в инфицированных случаях, если к нему нет прямых показаний (профузное кровотечение), целесообразно предпринимать после ликвидации острых воспалительных проявлений, в период, когда прекратится озноб и стойко установится нормальная температура. Как до, так и после операции следует применять сокращающие матку средства и весь комплекс противовоспалительных средств.

При больших сроках беременности обильное кровотечение может быть прекращено пальцевым удалением задержавшихся частей плаценты. Эта операция в инфицированных случаях является более бережным вмешательством и исключает возможность нанесения травмы матке и проникновению инфекции за ее пределы.

Выскабливание полости матки при нарушенной беременности. Особенностью этой операции является то, что операционное поле остается для хирурга невидимым и все манипуляции выполняются им наощупь. Поэтому она требует определенного хирургического навыка, который приобретается повседневным опытом. Неумелые манипуляции нередко приводят к серьезным осложнениям вплоть до перфорации стенки матки. Выскабливание полости матки при больших сроках беременности является сложной и трудоемкой операцией, так как хирургу приходится манипулировать в большой полости острыми инструментами. Стенки такой матки часто разрыхлены и истончены, что и обусловливает возможность ее прободения.

Подготовка больной к операции выскабливания полости матки. Операция выполняется без анестезии, так как в этих случаях нет необходимости производить наиболее болезненную процедуру расширения маточного зева. Перед операцией выскабливания полости матки оценивают общее состояние больной и выполняют внутреннее исследование в целях установления клинической формы выкидыша, а также для исключения возможных противопоказаний к хирургическому вмешательству. Внутреннее исследование, кроме того, дает чрезвычайно важную информацию в отношении условий, при которых предпринимается эта операция.

Перед осмотром и операцией следует опорожнить кишечник и мочевой пузырь, так как переполнение этих органов может существенно нарушить нормальные анатомические взаимоотношения органов малого таза, в результате чего хирург будет неправильно ориентирован как при внутреннем исследовании, так и во время самой операции. Больной придается спинно-

ягодичное положение на гинекологическом кресле (столе) с приподнятыми и закрепленными ногодержателем ногами так, как это принято для любой влагалищной операции (см. рис. 16). Выполняется обычная дезинфекция наружных половых органов и внутренних поверхностей бедер.

Техника операции. Перед тем как приступить к выскабливанию, врач на основании данных внутреннего влагалищного исследования имеет достаточно полное представление о степени раскрытия зева, величине матки, ее положении в малом тазу, а также отсутствии воспалительных изменений.

Во влагалище вводят зеркало, подъемником обнажают шейку. Если во влагалище имеются кровяные сгустки, их удаляют марлевым тампоном, захваченным длинным пинцетом или корнцангом. Влагалище и шейку матки обрабатывают спиртом и смазывают настойкой йода. Переднюю и заднюю губы шейки захватывают пулевыми щипцами для фиксации матки. Оперирующий уточняет направление канала и величину полости матки зондом, после чего проводит в полость большую тупоконечную кюретку, осторожно продвигая ее до дна. Встретив препятствие, продвижение кюретки прекращают и приступают к удалению остатков плодного яйца. Удаление частей плодного яйца, находящихся в зеве, может быть произведено и абортными щипцами (абортцанг). Проникать щипцами за внутренний зев опасно, так как ими можно легко захватить стенку матки и нанести травму тканям. После удаления частей плодного яйца кюретка обычно легко проникает в полость до дна матки. Дальнейшие манипуляции кюреткой в точности напоминают приемы, рекомендованные для диагностического выскабливания (см. рис. 55,д). Выведение кюретки книзу по передней стенке может производиться более энергично; при этом происходит отделение остатков, которые вываливаются из наружного зева. Затем осторожным движением кюретку вновь проводят до дна матки и энергичным движением книзу соскабливают следующий участок передней стенки матки. Эти движения повторяют в определенной очередности, обходя попеременно переднюю, правую боковую, заднюю и, наконец, левую боковую стенки матки. Во время выскабливания извлекать кюретку из полости матки не следует. По мере освобождения полости матки от остатков плодного яйца полость уменьшается так, что кюретка в ней не помещается и ее повороты встречают препятствия со стороны стенок матки. Кюретку извлекают и выскабливание производят кюреткой меньших размеров до тех пор, пока не появится ощущение, характерное для движения кюретки по

мышце матки. В последнюю очередь проверяют углы матки, где часто задерживаются оболочки и децидуальные элементы. Обычно к концу выскабливания матка плотно сокращается и кровотечение прекращается. Это служит указанием к окончанию операции. Операция заканчивается смазыванием верхних отделов влагалища и шейки матки настойкой йода и, в случае необходимости, введением препаратов, сокращающих матку.

Техника артифициального аборта. Такое прерывание беременности, предпринимаемое по медицинским показаниям или по желанию женщины, производится в сроки до 12 нед. Попытки произвести аборт в более поздние сроки всегда связаны с опасностью серьезных осложнений, которые в одних случаях обусловлены невозможностью удаления крупных частей плода, в других — опасностью нанесения травмы матке. В обоих случаях осложнения сопровождаются маточным кровотечением, нередко профузным, остановка которого исключительно трудна. Артифициальный аборт выполняется непременно в условиях гинекологического стационара при отсутствии противопоказаний к хирургическому вмешательству со стороны других органов и систем. Особенно опасными могут оказаться состояния афибриногенемии ввиду возможного трудноостанавливаемого маточного кровотечения. Существенным противопоказанием к производству артифициального аборта является также инфицирование половых путей или вяло протекающие хронические воспалительные заболевания придатков матки и клетчатки таза. Поэтому во всех случаях перед операцией аборта производят обследование женщины, чтобы исключить те или иные противопоказания к хирургическому вмешательству. Сама операция аборта по технике выполнения ее отдельных этапов мало отличается от операции, описанной выше. Существенным этапом в отличие от выскабливания, предпринимаемого при нарушенной беременности, является расширение маточного зева специальными расширителями (Гегара). Вплоть до этого этапа подготовка больной и обработка операционного поля идентичны уже описанным. Расширение зева производится в следующем порядке (см. рис. 55,г). Переднюю и заднюю губы шейки матки захватывают пулевыми щипцами и шейку матки по возможности низводят к области входа во влагалище. Зондом осторожно уточняют длину и направление шеечного канала. Известные затруднения в этом случае могут встретиться у первобеременных, хотя при определенном навыке зонд сравнительно легко проникает за внутренний зев. После уточнения всех особенностей строения канала в том же направлении

проводят один из малых расширителей (№ 3 или 4), после чего номер расширителя с каждым разом увеличивают на единицу. При сроках беременности до 10 нед расширение зева может быть доведено до № 9—10. В сроки более 10 нед расширение зева следует производить по крайней мере до № 12—13.

Следующим этапом является по существу сама операция выскабливания и удаления плодного яйца, которая выполняется кюретками по тем же правилам, что и при нарушенной беременности. В сроки, близкие к 12 нед беременности, плодное яйцо целесообразно разрушить абортными щипцами на мелкие части, после чего уже произвести выскабливание. Однако манипуляция абортными щипцами требует определенного опыта и осторожности. Во время операции происходит относительно небольшое кровотечение, связанное с отслойкой плодного яйца при неопорожненной матке. Тем не менее при правильно выполненной технике аборта кровопотеря не превышает 100 мл. Указанием к окончанию операции выскабливания полости матки может служить сокращение матки, уменьшение ее полости и прекращение кровоотделения. По окончании операции влагалище очищают от сгустков крови и частей плодного яйца, а шейку матки и канал смазывают настойкой йода.

Операция артифициального аборта выполняется под местным обезболиванием (0,5% раствор новокаина) или под непродолжительным внутривенным наркозом (гексенал, сомбревин), а также путем использования ингаляционного наркоза (закись азота, кислород). Выполнение аборта без обезболивания, как это нередко имеет место в практике, следует отнести к числу неоправданных действий врача.

После выскабливания полости матки, предпринятого как при нарушенной беременности, так и при артифициальном аборте, больной назначают постельный режим, а ведение послеабортного периода определяется его течением и общим состоянием женщины. В ряде случаев сокращение матки происходит не сразу и требует мероприятий, повышающих тонус ее мышц (применение сокращающих средств). В других случаях, особенно при больших кровопотерях до операции или во время ее выполнения, такую кровопотерю целесообразно восполнить переливанием крови. При подозрении на возможное инфицирование в целях предупреждения воспалительных осложнений применяется весь комплекс антибактериальной терапии. В случаях артифициального аборта, если послеабортный период протекает без осложнений, уже к вечеру больной можно разрешить встать с постели.

ЧАСТЬ III

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ С БРЮШНОСТЕНОЧНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ

Глава 7

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКЕ

В оперативной гинекологии к органам малого таза чаще всего используют три вида брюшностеночного доступа. Два из них связаны с вскрытием брюшной полости, а третий — так называемый экстраперитонеальный, применяется для подхода к большим осумкованным гнойным очагам, располагающимся забрюшинно в малом тазу. Экстраперитонеальный доступ к гнойникам требует определенного опыта и осторожности, так как при его реализации легко вскрыть истонченную и напряженную брюшину и проникнуть в брюшную полость.

Ввиду специфичности и сравнительной редкости такой операции техника ее выполнения рассмотрена в части V руководства при обсуждении вопросов хирургического лечения воспалительных заболеваний.

Ниже излагается материал, касающийся гинекологических операций, связанных с брюшностеночного чревосечением, и операций, для выполнения которых используется сочетание брюшностеночного и влагалищного доступов.

Брюшностеночные доступы к органам малого таза. Брюшностеночные оперативные доступы по характеру разрезов разделяются на срединные — по белой линии (linea alba), поперечно-надлобковые и боковые в различных модификациях (рис. 56).

Из числа поперечно-надлобковых следует упомянуть поперечный интерилиакальный разрез по Черни, который производится примерно на 5—6 см выше лона и предусматривает пересечение всех слоев брюшной стенки (кожа, подкожная клетчатка, апоневроз мышечных слоев и брюшины) в том же поперечном направлении. Основное преимущество поперечного рассечения брюшной стенки состоит в том, что такое вскрытие обеспечивает широкий и более свободный доступ к органам малого таза, особенно удобный для больших объемов оперативного вмешательства. Вместе с тем ушивание такой раны значительно сложнее, чем закрытие продольной раны. Поэтому

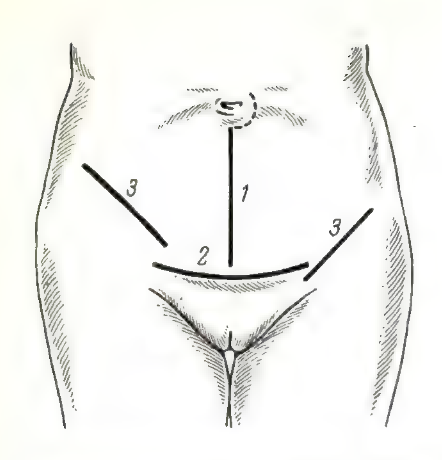


Рис. 56. Виды разрезов брюшной стенки.

1 — нижний срединный; *2* — надлобковый поперечный; *3* — боковые разрезы.

рекомендовать разрез по Черни для всех операций как предпочтительный нет оснований, несмотря на то что для ревизии органов брюшной полости он, несомненно, более удобен, чем, например, надлобковый по Пфанненштилю. Поэтому широкое распространение получил более простой в техническом отношении срединный продольный разрез между лоном и пупком.

Наиболее рациональным следует считать такой разрез, который по своему направлению совпадает с основным расположением волокон в области рассекаемых тканей. В этих случаях хорошо формируется рубец и реже создаются условия для возникновения послеоперационных грыж, а также достигается необходимый косметический эффект. Последнее обстоятельство хотя и не существенно, тем не менее требует определенного учета, особенно у молодых женщин. Поэтому, если характер заболевания допускает, всегда следует стремиться к такому разрезу, который впоследствии обеспечивал бы сохранение нормальной функции брюшной стенки и сочетался с косметическим эффектом.

Хирургическая анатомия брюшной стенки. Брюшная стенка имеет несколько слоев: кожа, подкожная жировая клетчатка, апоневроз, четыре пласта мышц (прямые, наружные и внутренние косые, поперечные — левая и правая). Направление тканевых волокон каждого слоя различно. Кожные линии (лангеровские) в нижних отделах живота имеют веерообразное расположение и расходятся от надлобковой области к латеральным отделам брюшной стенки (рис. 57, *а*). В верхних отделах линии собираются как бы к мечевидному отростку. Волокна наружных и внутренних косых мышц имеют косое направление (рис. 57, *б*). Прямые мышцы

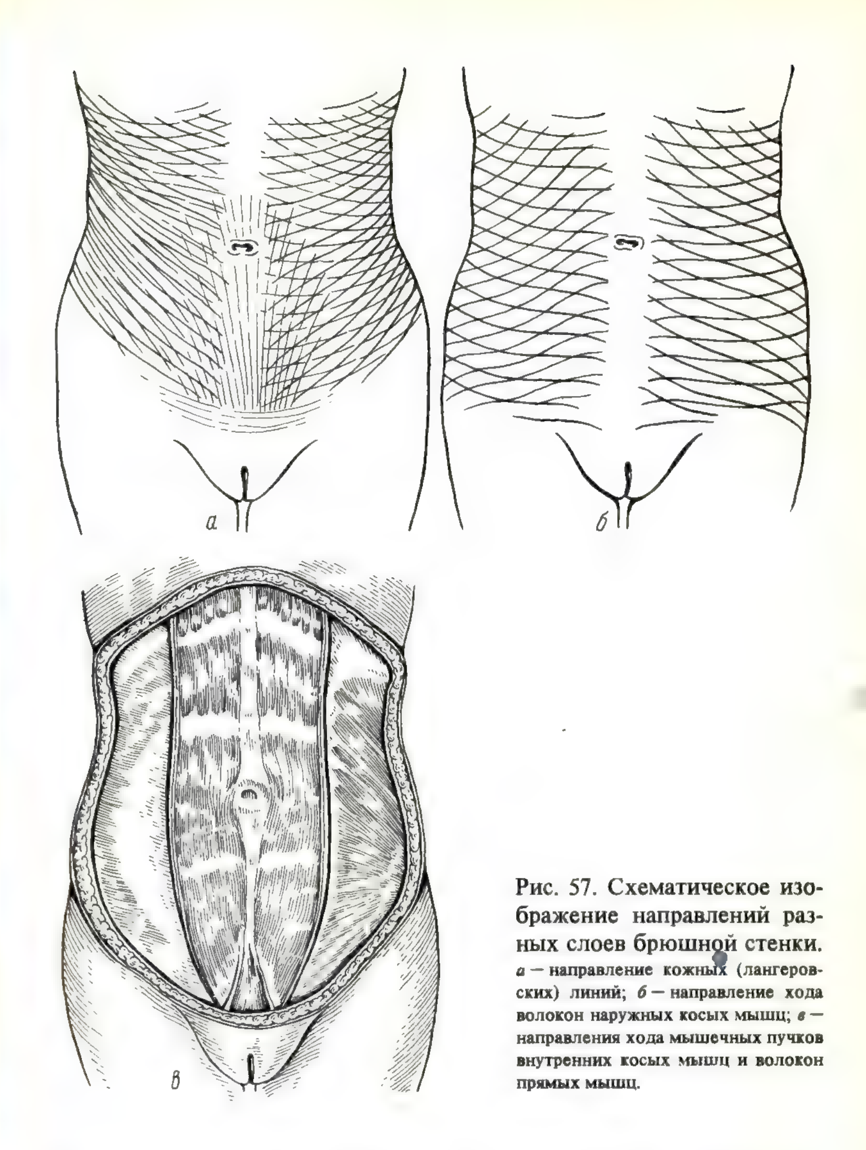


Рис. 57. Схематическое изображение направлений разных слоев брюшной стенки.
а — направление кожных (лангеровских) линий; *б* — направление хода волокон наружных косых мышц; *в* — направления хода мышечных пучков внутренних косых мышц и волокон прямых мышц.

живота начинаются от хрящей V—VII реберных дуг, идут книзу и своими нижними концами вплетаются в верхние ветви лобковых костей (рис. 57, *в*). Мышцы разделены апоневротическими перетяжками в поперечном направлении на четыре части.

Рассмотренные схемы направлений в каждом слое свидетельствуют о том, что при вскрытии брюшной полости ткани (особенно мышцы), помимо разъединения, в той или иной мере пересекаются. В меньшей степени рассечение тканей происходит при срединном продольном разрезе. Однако правильное и тщательное сшивание поперечно рассеченных прямых мышц живота также ведет к образованию прочного соединительнотканного рубца. Поэтому, как правило, их перерезка не влечет формирования в дальнейшем послеоперационных грыж.

В практике прочное место занял срединно-продольный разрез брюшной стенки. Такой разрез (между пупком и лоном) хорошо совпадает с направлениями кожных линий. Мышечная ткань при этом не рассекается, а разъединяется. Правильно произведенный разрез почти точно совпадает с белой линией живота. Известно, что упругость брюшной стенки определяется косыми и поперечными мышцами живота. Прямые мышцы отделены от них и располагаются в особом апоневротическом влагалище, задняя и передняя стенки которого составлены из апоневрозов обеих косых мышц. К задней стенке этого влагалища примыкает также апоневроз поперечной мышцы. Апоневрозы косых мышц, перекрещиваясь по средней линии, образуют сухожильный тяж, который и получил название белой линии живота. В нижней части брюшной стенки белая линия более узкая, а, поднимаясь кверху (около пупка и выше), постепенно расширяется, достигая 2,5 см. Тяж этот достаточно плотный, однако у некоторых женщин, особенно многорожавших, тучных или ослабленных, нередко истончен или растянут и может достигать 10—15 см ширины. Естественно, что истончение и растяжение ткани белой линии приводит к расхождению прямых мышц живота и образованию грыжи брюшной стенки. Чаще всего грыжи возникают в области пупка и выше, т. е. на участках наибольшего дефекта белой линии. Это обстоятельство следует учитывать, выполняя операции у женщин при грыжах или растяжении брюшной стенки.

В нижних отделах прямых мышц расположены короткие пирамидальные мышцы, которые, начинаясь у лона, поднимаются на высоту примерно $^1/_3$ общей длины прямых мышц, вплетаясь в белую линию. Особенности расположения пирамидальных мышц у некоторых женщин могут затруднять нахождение белой линии. Позади заднего листка влагалища прямых мышц располагается поперечная фасция, образованная апоневрозом косых и поперечных мышц. К ней нередко довольно интимно прилежит брюшина. В некоторых случаях

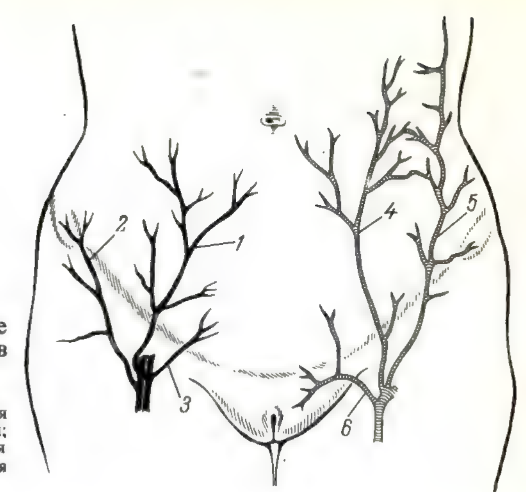


Рис. 58. Схематическое изображение сосудов брюшной стенки.

1 — поверхностная надчревная артерия; *2* — нижняя надчревная артерия; *3* — срамная артерия; *4* — поверхностная надчревная вена; *5* — реберно-надчревная вена; *6* — срамная вена.

у женщин, особенно тучных, между поперечной фасцией и брюшиной залегает значительный слой жировой клетчатки, которая может усложнять обнаружение брюшины, а следовательно, и вскрытие брюшной полости. При отыскании брюшины иногда далеко в сторону отслаивают задний листок влагалища прямых мышц, травмируя при этом проходящие здесь сосуды. Такая ненужная отслойка сопровождается кровотечением и в дальнейшем может осложнять течение послеоперационного периода. Всех этих трудностей, однако, можно легко избежать, если хирург будет четко ориентироваться в топографоанатомических взаимоотношениях слоев брюшной стенки, а разрезы будут производиться строго по средней линии. Правильное рассечение тканей брюшной стенки по средней линии проходит почти бескровно, если не считать кровоточивости кожи и подкожной клетчатки.

Кровоснабжение брюшной стенки осуществляется за счет a. epigastrica inferior et superior и ее разветвлений, а также a. circumflexa ilei profundae и ветвью a. pudenda. По аналогичным венам происходит отток крови (рис. 58). Как видно из рисунка, использование срединно-продольного разреза брюшной стенки не сопровождается рассечением значительных сосудов.

В иннервации брюшной стенки принимают участие r. cutaneus, n. iliohypogastrici, n. genitalis, n. ilioinquinalis, n. intercostalis X—XII, n. iliohypogastricus.

Внутренняя поверхность передней брюшной стенки показана

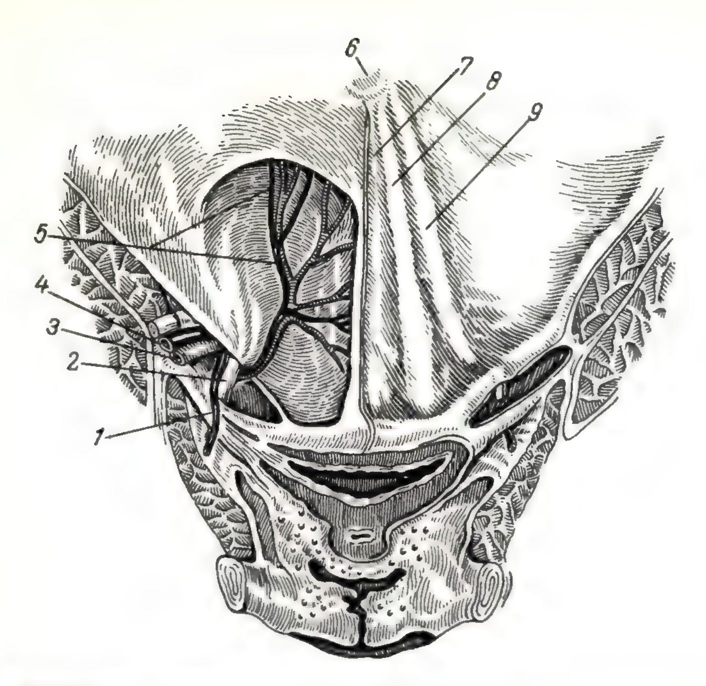


Рис. 59. Задняя поверхность передней брюшной стенки.

1 — запирательная артерия; *2* — круглая связка; *3* и *4* — наружные подвздошные артерия и вена; *5* — нижние надчревные сосуды; *6* — пупок; *7* — урахус; *8* — пупочная артерия; *9* — нижняя надчревная артерия.

на рис. 59. Следует обратить внимание на ход нижней эпигастральной артерии, являющейся ветвью наружной подвздошной. Эта артерия с многочисленными разветвлениями проходит непосредственно под брюшинным листком по задней поверхности поперечной фасции. При использовании нижних поперечных разрезов брюшной стенки эта артерия и ее ветви, как правило, пересекаются и поэтому должны быть лигированы. При использовании нижнего срединного разреза пересекаются лишь весьма мелкие, не дающие существенного кровотечения веточки. В большинстве случаев специального лигирования их не требуется.

Таким образом, с топографической точки зрения срединно-продольный разрез является наиболее обоснованным для производства большинства гинекологических операций и заслуженно получил широкое распространение. Весьма существенно, что при таком разрезе в случае необходимости операционное поле достаточно легко расширяется (для ревизии брюшной

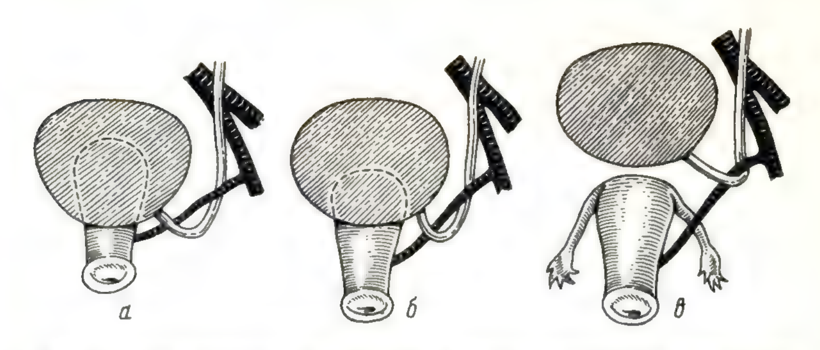


Рис. 60. Схематическое изображение различных вариантов расположения мочевого пузыря по отношению к матке и месту перекреста мочеточников с маточной артерией.

а — низкое расположение мочевого пузыря; *б* — среднее; *в* — высокое.

полости) путем продолжения разреза кверху, слева от пупка. Поперечный надлобковый разрез по Черни используется, главным образом, в онкологической практике, так как этот разрез лучше обеспечивает возможность выполнения обширных радикальных операций, предпринимаемых по поводу опухолевых заболеваний.

Топографические взаимоотношения органов малого таза. Знание топографических взаимоотношений органов малого таза имеет важное значение при выполнении различных гинекологических операций, так как известно, что в расположении соседних с маткой органов, в частности мочевого пузыря, мочеточников и сосудов, могут встречаться различные анатомические варианты.

В малом тазу матка располагается обычно по проводной оси; кпереди от нее находится мочевой пузырь, позади — прямая кишка. Между мочевым пузырем и маткой образуется небольшое углубление (exçavatio vesico-uterinae), а между маткой и прямой кишкой имеется более выраженное углубление, или так называемый д у г л а с о в карман (excavatio recto- uterinae). Взаимоотношения органов могут меняться, например при наполнении мочевого пузыря или прямой кишки, однако после их опорожнения нормальные взаимоотношения восстанавливаются. Наоборот, при фибромиомах матки, в зависимости от локализации узлов и их размеров, нарушения взаимоотношений между органами могут носить постоянный характер.

Варианты положения мочевого пузыря по отношению хода мочеточников и их перекреста с маточной артерией могут быть весьма различными. В одних случаях мочевой пузырь по

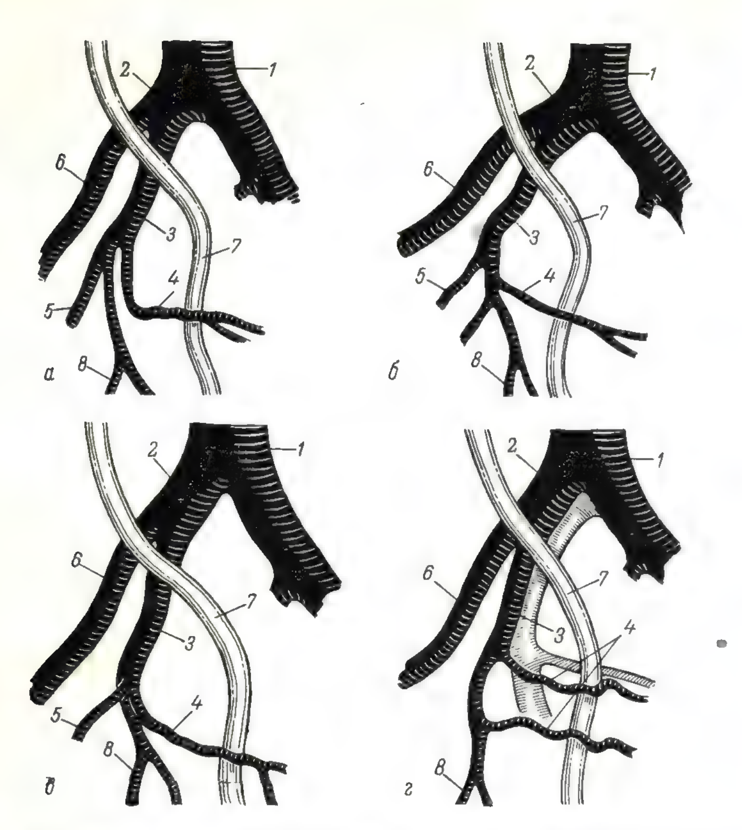


Рис. 61. Схема различных анатомических вариантов расположения маточной артерии.

а — обычное отхождение маточной артерии от подчревной артерии; б — низкое отхождение маточной артерии; в — отхождение маточной артерии от запирательной артерии; г — отхождение от подчревной артерии двух маточных артерий; 1 — аорта; 2 — общая подвздошная артерия; 3 — подчревная артерия; 4 — маточная артерия; 5 — запирательная артерия; 6 — наружная подвздошная артерия; 7 — мочеточник; 8 — верхние пузырные артерии.

отношению к телу матки расположен относительно низко, а место перекреста мочеточников с маточной артерией приближено к ребру матки, в других — мочевой пузырь располагается на уровне дна матки или выше, тогда перекрест мочеточников с артерией оказывается на некотором удалении от ребра матки (рис. 60).

Весьма различным может оказаться также ход маточной артерии. Известно, что артерия обычно отходит от a. hypogastricae и, следуя по заднему листку основания широкой

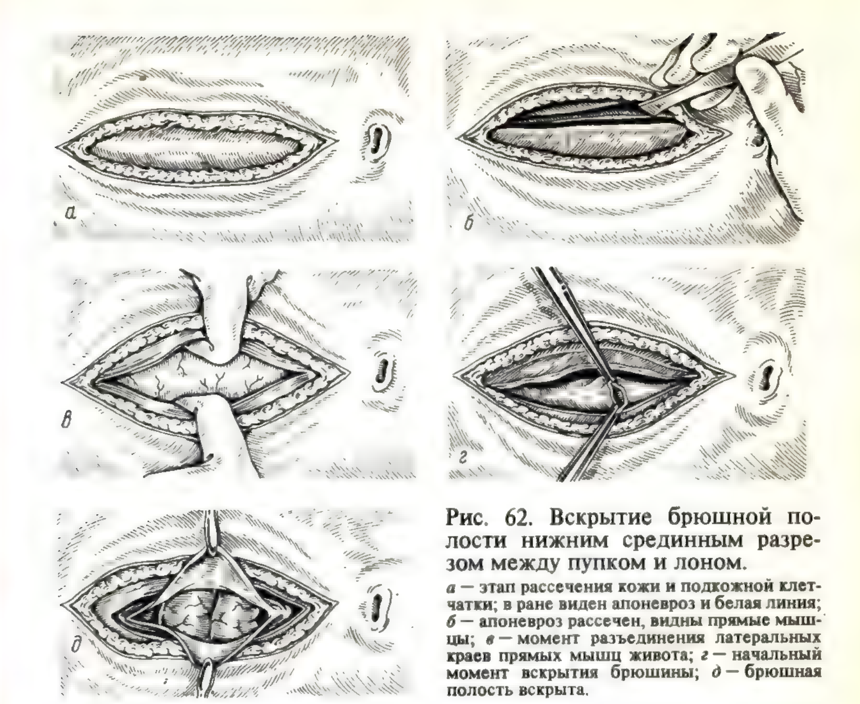


Рис. 62. Вскрытие брюшной полости нижним срединным разрезом между пупком и лоном.

а — этап рассечения кожи и подкожной клетчатки; в ране виден апоневроз и белая линия; *б* — апоневроз рассечен, видны прямые мышцы; *в* — момент разъединения латеральных краев прямых мышц живота; *г* — начальный момент вскрытия брюшины; *д* — брюшная полость вскрыта.

связки, подходит к ребру матки на уровне внутреннего зева. Различные варианты анатомических отклонений, отхождения и расположения маточных артерий показаны на рис. 61.

Некоторые рекомендации по техническому выполнению гинекологических операций. Ниже рассматривается техника типичного вскрытия брюшной полости путем нижнего продольного разреза брюшной стенки. Кожу и подкожную клетчатку рассекают по средней линии живота между пупком и лоном. При необходимости расширения доступа разрез может быть расположен выше пупка с обходом его слева. Если производится повторное чревосечение, то рубец должен быть иссечен в пределах здоровых тканей; соответственно ширине кожного лоскута иссекают и подкожную клетчатку. Чтобы после заживления раны рубец оказался ровным и тонким, кожу следует рассекать не отрывая ножа. По рассечении кожи с клетчаткой на дне раны появляется слегка блестящая беловатая ткань, представляющая собой апоневроз прямых мышц живота, а также белая линия (рис. 62, *а*). Продольным разрезом

рассекают апоневроз (рис. 62, *б*). Рассечение его, однако, можно производить и ножницами: для этого на небольшом участке апоневроз вскрывают ножом, т. е. делают окно, а затем браншами изогнутых ножниц соответственно длине предполагаемого разреза отделяют мышцы от апоневроза. Этот прием облегчает последующее его рассечение, которое производится сначала книзу, затем кверху, до углов кожной раны.

Под апоневрозом располагается мышечный слой брюшной стенки (прямые мышцы живота), под которым находится задняя стенка влагалища прямых мышц живота (поперечная фасция) и интимно прилежащая к ней брюшина. Мышцы легко могут быть отделены друг от друга тупым путем (рис. 62, *в*). Следует стремиться делать разрез апоневроза строго по белой линии. Тогда область соприкосновения обеих мышц будет совпадать с разрезом апоневроза. По разъединении прямых мышц в ране появится сравнительно тонкая поперечная фасция бледно-серого цвета, к которой прилежит брюшина. Целость поперечной фасции легко может быть нарушена даже при тупом разъединении прямых мышц — тогда на дне раны окажется только брюшина. Затем приступают к завершающему этапу вскрытия брюшной полости. Для этого хирург и ассистент захватывают анатомическими пинцетами брюшину в небольшую складку, приподнимают ее и на вершине складки осторожно рассекают. Края рассеченной брюшины захватывают зажимами (рис. 62, *г*). После этого брюшину, под контролем глаза, рассекают ножницами сначала кверху, затем книзу, до углов брюшной раны, и брюшная полость оказывается вскрытой (рис. 62, *д*). При рассечении брюшины оба ее края должны быть приподняты пинцетами. Остается расширить брюшную рану, осмотреть брюшную полость и приступить к выполнению основной операции. При этом расширители раны следует вводить таким образом, чтобы не ущемить сальник или петли кишки между зеркалами и краем брюшной стенки. Для того чтобы избежать ущемления, края раны (все слои брюшной стенки) следует приподнять и сначала ввести переднее зеркало в область лона, а затем уже установить боковые. Переднее зеркало вводят с какой-либо одной стороны, а затем осторожно поворачивают на 90° и передвигают к лону.

Обзор брюшной полости выполняется для получения данных, характеризующих состояние органов малого таза и брюшной полости. Если имеются сращения, то сальник и петли кишечника должны быть освобождены и отодвинуты влажными теплыми марлевыми салфетками кверху, в сторону

диафрагмы. Все инструменты и марлевые салфетки должны быть на строгом учете у операционной сестры во избежание оставления их в брюшной полости. Поэтому марлевые салфетки, используемые в брюшной полости, должны иметь тесемки, свободные концы которых прикрепляют зажимом к операционному белью. После подготовки доступа к органам малого таза приступают к основной операции в соответствии с намеченным планом.

Лигирование сосудов. Срединный разрез брюшной стенки между лоном и пупком обычно не сопровождается сильным кровотечением. Однако у некоторых женщин с рассыпным типом кровоснабжения рассеченная кожа и подкожная клетчатка могут давать значительное кровотечение. В этих случаях кровоточащие сосуды необходимо лигировать. Если в ране нет отдельных крупных кровоточащих сосудов, то лигировать изолированно мелкие сосуды не представляется возможным. Поэтому кровоточащий участок ткани лучше захватить зажимом Пеана и затем перевязать; при этом в зажим не следует захватывать большой участок тканей, а также кожу, если кровоточащее место расположено вблизи нее. При раздвигании прямых мышц можно травмировать сосуды поперечной фасции, которые проходят по ее внутренней поверхности. Прежде чем рассечь фасцию, целесообразно проходящий сосуд предварительно лигировать в двух местах, по обе стороны линии рассечения.

Ушивание брюшной раны. В зависимости от характера предпринятой операции брюшная рана может быть ушита наглухо на всем протяжении или с оставлением небольшого участка для дренажа или тонкой трубки для введения в первые дни после операции в брюшную полость лекарственных веществ. В силу необходимости рана может быть ушита только на небольшом участке, а бóльшая ее часть оставлена незакрытой. Делается это при необходимости выведения из брюшной полости больших марлевых тампонов (по Микуличу), устанавливаемых при обширных гнойных процессах. Введенные трубки или марлевые тампоны, начиная со 2-го дня послеоперационного периода, следует осторожно подтягивать кнаружи и затем, в зависимости от течения воспалительного процесса, удалить совсем. После извлечения тонких трубок или узких марлевых полосок повторного наложения швов обычно не требуется, так как рана хорошо заживает самостоятельно. После удаления больших тампонов, например Микулича, дальнейшее ведение раны определяется состоянием воспалительного процесса. При обширных гнойных процессах в малом

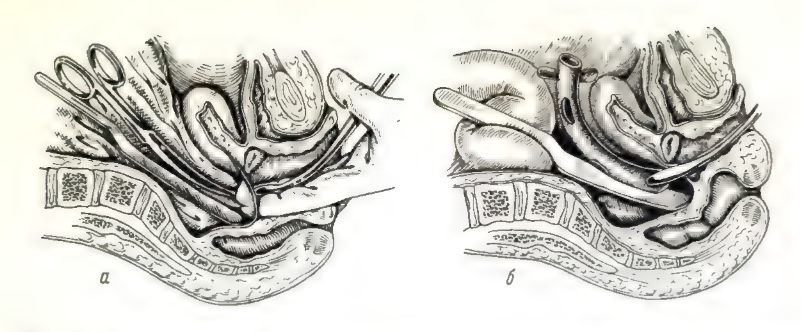


Рис. 63. Дренирование гнойной полости в малом тазу через кольпотомическое отверстие.

а — создание кольпотомического отверстия со стороны брюшной полости; *б* — установка дренажа (резиновой трубки) в кольпотомическое отверстие.

тазу вместо оставления незашитой раны брюшной стенки с установлением тампона Микулича можно дренировать гнойную полость через влагалище (кольпотомия) путем выведения трубки или марлевого дренажа (рис. 63). Такое дренирование способствует более совершенному оттоку гнойного содержимого из брюшной полости. Дренаж в дальнейшем извлекают со стороны влагалища, а рану закрывают спонтанно.

Кольпотомия со стороны брюшной полости. Эта операция выполняется после завершения основного объема хирургического вмешательства. Специально подготовленный ассистент под контролем пальца вводит во влагалище корнцанг, которым выпячивает задний свод в брюшную полость. По выпяченному месту вскрывают влагалище, корнцанг проводят в брюшную полость и приоткрывают для захвата дренажной трубки. Резиновую трубку за нижний конец проводят корнцангом во влагалище до упора верхнего конца трубки, имеющего крестовидную перекладину (рис. 64). Поперечная перекладина на верхнем конце дренажной трубки хорошо удерживает ее в ране. Нижний конец дренажа обычно прикрепляют во влагалище к марлевому тампону. Следует отметить, однако, что необходимость установления дренажной трубки в современных условиях возникает сравнительно редко, даже при наличии обширных воспалительных процессов. При наличии антибиотиков широкого спектра действия допустимо глухое ушивание раны брюшной стенки.

Большинство осложнений заживления раны связано с неправильной техникой ушивания и неумелым использованием хирургического инструментария. В связи с этим могут ока-

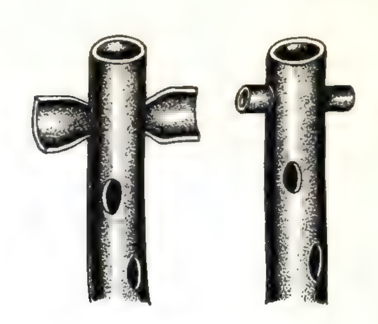


Рис. 64. Различные виды дренажных трубок, устанавливаемых в кольпотомическое отверстие.

заться полезными некоторые практические рекомендации по технике ушивания ран.

Одно из общих и существенных правил состоит в том, что при ушивании брюшной раны следует стремиться к возможно полному восстановлению разъединенных во время операции отдельных анатомических слоев брюшной стенки. Как известно, в физиологических условиях между слоями тканей (брюшина, поперечная фасция, мышцы, апоневроз, подкожная жировая клетчатка, кожа) нет свободных пространств. Поэтому при ушивании раны эти взаимоотношения должны быть полностью восстановлены и все слои, разъединенные в результате разреза, должны быть сближены и укреплены швами. Не случайно в прошлом по этим соображениям рекомендовалось ушивать рану одной непрерывной лигатурой (брюшину, мышцы, апоневроз). В современных условиях это предложение можно считать излишним и даже нецелесообразным. Легко представить, что произойдет, если лигатура в каком-либо одном месте окажется несостоятельной. Все ушитые пласты тканей брюшной стенки окажутся разъединенными, и в результате расхождения раны возникает эвентрация кишечника — крайне тяжелое послеоперационное осложнение. Вместе с тем это осложнение может возникнуть и при обычном послойном ушивании раны, так как причиной эвентрации чаще является инфицирование тканей брюшной стенки или развивающийся перитонит.

В хирургической практике принято послойное ушивание брюшной раны. Обычно брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом, причем следует стремиться к тому, чтобы в шов одновременно захватывались и края поперечной фасции. На мышцы накладывают отдельные узловые кетгутовые швы, с помощью которых сближаются брюшки прямых мышц живота. При ушивании мышц необходимо избегать травмирования тканей. Апоневроз как более прочную ткань ушивают

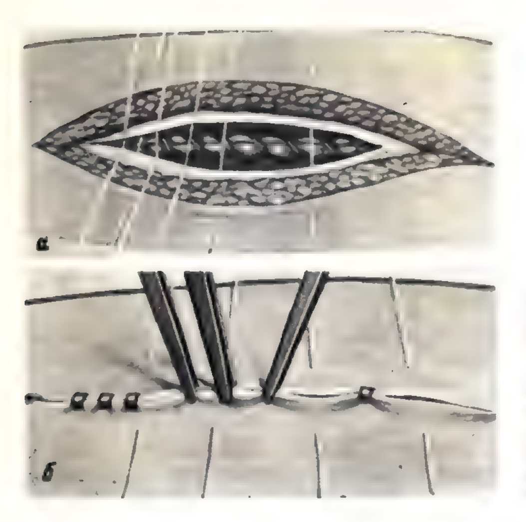


Рис. 65. Послойное ушивание брюшной раны. Ушиты:

а — брюшина с поперечной фасцией и прямые мышцы. Наложение швов на апоневроз на кожу с подкожной клетчаткой и апоневрозом (подкрепляющих швов); *б* — ушивание кожи и наложение металлических скобок.

узловыми кетгутовыми швами, между которыми дополнительно накладывают отдельные шелковые (рис. 65,а). Подкожную клетчатку, особенно избыточно развитую, следует шить с захватом апоневроза узловыми кетгутовыми швами, не оставляя карманов. На кожу, как правило, накладывают отдельные шелковые швы или частично шелковые (для прочности) и металлические скобки (рис. 65,б).

Техника поперечного надлобкового разреза брюшной стенки (по Пфанненштилю). Несмотря на то что нижний срединно-продольный разрез технически прост и обеспечивает необходимую ревизию не только органов малого таза, но и брюшной полости, в практике нередко используется надлобковый поперечный разрез брюшной стенки. Техника такого разреза хорошо разработана. Оба разреза (продольный и поперечный) имеют несомненные преимущества и свои недостатки. К положительным сторонам разреза по Пфанненштилю следует отнести то, что определенные слои брюшной стенки рассекаются во взаимно перпендикулярных направлениях. Это обстоятельство предотвращает возможное образование послеоперационных грыж. Несомненно также, что поперечное рассечение кожи легче переносится больными, чем продольное, и обеспечивает лучшую косметичность. Вместе с тем, несмотря на эти преимущества, надлобковый разрез не обеспечивает достаточного доступа для ревизии органов брюшной полости. Кроме того, такой разрез сопряжен с большей травмой мышц,

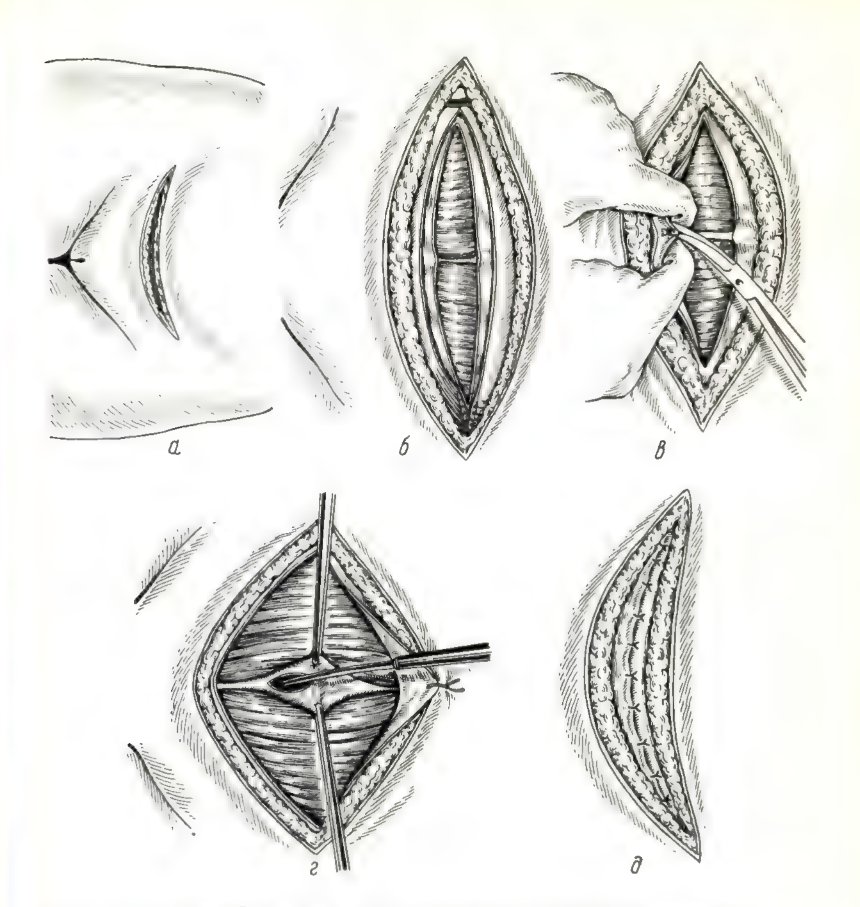


Рис. 66. Вскрытие брюшной полости разрезом по Пфанненштилю.

а — форма и место разреза кожи и подкожной клетчатки живота; *б* — форма и направление разреза апоневроза; *в* — момент отсепаровки апоневроза от прямых мышц живота в сторону пупка и рассечение белой линии; *г* — момент вскрытия брюшины; *д* — один из этапов ушивания раны брюшной стенки при поперечном разрезе — ушивание апоневроза.

нередко способствующей инфицированию тканей, а также требует владения техникой его выполнения. Поперечный разрез, однако, менее пригоден в тех случаях, когда операция предпринимается по поводу больших опухолей матки или яичников (фибромиомы, кисты), так как отверстие в брюшной стенке может оказаться недостаточным для их выведения.

Бóльшая возможность перерезки кровеносных сосудов при выполнении такого разреза, чем продольного, не имеет существенного значения, так как при соблюдении принятых правил можно избежать крово-

течения. При необходимости размеры брюшной раны можно увеличить за счет перерезки прямых мышц живота или путем продолжения разреза в сторону пупка.

В нижнем отделе живота, в слегка изогнутой поперечной складке живота, производят полулунной формы разрез кожи и подкожной жировой клетчатки. Начало и конец его должны совпадать с латеральными границами прямых мышц живота (рис. 66,а). Путем оттягивания крючками краев раны к лону и пупку обнажают апоневроз прямых мышц, который следует рассечь параллельно разрезу кожи (рис. 66,б). Верхний и нижний края рассеченного апоневроза по средней линии захватывают зажимами. Кожно-апоневротический лоскут оттягивают сначала в сторону пупка, а затем к лону и с обеих сторон тупым путем мышцы отслаивают от переднего листка апоневроза на необходимую высоту. Оставшуюся посредине узкую полоску апоневроза ткани следует осторожно отсечь от мышц ножницами. После этого подобным же приемом отслаивают мышцы и в сторону лона (рис. 66,в). Освободив таким образом необходимое пространство, по белой линии тупым путем раздвигают прямые мышцы и обнажают брюшину. Брюшину в этом случае вскрывают, как обычно, в продольном направлении (рис. 66,г). Затем разрез брюшины продлевают ножницами в сторону пупка и лона. Брюшная полость оказывается вскрытой. После этого можно приступить к введению зеркал (прямое и боковые) и отграничению марлевыми салфетками петель кишечника и сальника: операционная область полностью подготовлена к выполнению намеченного хирургического вмешательства.

По окончании операции ушивание брюшной раны производится послойно, как при продольном разрезе. Если по ходу вмешательства осуществлялось расширение оперативного доступа путем перерезки прямых мышц, то их концы сшивают отдельными узловыми кетгутовыми швами, по возможности без избыточного натяжения.

Надлобковый поперечный разрез широко используется в гинекологической практике в тех случаях, когда не предвидится обширного хирургического вмешательства и небольшие размеры брюшной раны могут обеспечить выполнение всех основных этапов операции.

Косой разрез брюшной стенки (параллельно ходу пупартовой связки) чаще всего используется для экстраперитонеального подхода к гнойным очагам, располагающимся в малом тазу, главным образом в тех случаях, когда

воспалительный процесс распространяется в сторону брюшной стенки (передний параметрит).

Источники ошибок при выполнении гинекологических операций. Работа хирурга и ошибки — понятия несовместимые. Вместе с тем могут наблюдаться отдельные недочеты, которые обусловлены, с одной стороны, недостаточным знанием основ хирургической техники, а с другой — невнимательностью хирурга при выполнении различных оперативных приемов. В практике могут возникать ситуации, когда при назначении больной на операцию заболевание расценивается как операбельное, в то время как по вскрытии брюшной полости оно оказывается значительно более распространенным, исключающим выполнение радикальной операции. В других случаях на операцию назначают по одним показаниям, а в дальнейшем оказывается, что у больной совсем другое заболевание. Такие «ошибки» чаще всего связаны с трудностью диагностики некоторых заболеваний, не имеющих строго определенной клинической картины. В настоящем разделе рассмотрены не диагностические затруднения, а возможные недочеты техники при выполнении тех или иных этапов операции.

Несмотря на то что любая хирургическая операция производится с лечебной целью не следует игнорировать и эстетическую сторону вмешательства. Неправильно выполненный разрез кожи, например, приводит к формированию обезображивающего рубца, оказывая тем самым неблагоприятное влияние на моральное состояние больной, особенно если это молодая женщина. Поэтому уже с самого начала следует стремиться к тщательному выполнению разреза, не превышая без необходимости его размеры. Каждый разрез нужно выполнять строго по средней линии между лоном и пупком (при продольном рассечении) или в складке кожи, если рассечение производится в надлобковой области (при поперечном разрезе). Для правильного выполнения разрезов необходимо иметь острый нож, а рассечение производить одним движением, без отрыва ножа от поверхности кожи. Особое внимание следует уделять рассечению кожи при повторных чревосечениях, так как в этих случаях приходится иссекать старые рубцы с подкожной жировой клетчаткой.

Известную трудность может вызвать наличие толстого слоя подкожной жировой клетчатки. В этих условиях рассечение клетчатки может облегчить достаточное раздвигание краев раны крючками. Однако у тучных женщин обилие жира сосредоточено не только под кожей. Он достаточно богато представлен и в предбрюшинной клетчатке, в результате чего

для отыскания брюшины нередко отклоняются в ту или другую сторону от середины, что может привести к ранению нижней подчревной артерии. Пересечение этой артерии не представляет серьезного осложнения, тем не менее оно требует тщательного лигирования сосудов.

Более тяжелые осложнения могут возникнуть при недостаточном внимании к рассечению тканей живота у многорожавших или истощенных женщин с тонкой или дряблой брюшной стенкой. В этих случаях нередко значительно истончен апоневроз и имеется растяжение белой линии вследствие расхождения прямых мышц живота. Недостаточно осторожное рассечение тканей брюшной стенки может повлечь за собой ранение кишечника или сальника. Опасность ранения внутренних органов существенно возрастает, если больную оперируют повторно, так как после первого хирургического вмешательства, как правило, образуются сращения кишечника или сальника с париетальной брюшиной. Вместе с тем ранение кишечника или сальника в момент вскрытия брюшины можно нанести и без наличия сращений в том случае, если брюшина будет захвачена пинцетами, особенно с острыми зубцами, вместе с петлей кишечника или сальником. Петли кишечника и сальник при недостаточно глубоком наркозе могут плотно прилегать к брюшине, и в этих случаях такое осложнение может возникнуть относительно легко.

К травмированию кишечника может привести грубое введение брюшного зеркала или ущемление петли между брюшной стенкой и зеркалом.

При вскрытии брюшной полости можно нанести ранение также и мочевому пузырю. Это осложнение обычно возникает в тех случаях, когда пузырь перед операцией не был опорожнен катетером или вследствие высокого его расположения, а также при наличии спаек с брюшной стенкой или передней поверхностью матки. Мочевой пузырь может быть ранен и в том случае, если место рассечения брюшины выбрано близко к лону. Травмирование мочевого пузыря и предпузырной клетчатки нередко происходит в результате неправильного введения и фиксации переднего брюшного зеркала, когда его край, не захватывая брюшину, располагается между ней и брюшной стенкой. Подобные погрешности несомненно отягощают послеоперационное течение и в известной мере характеризуют качество работы хирурга. Однако такие ранения не относятся к числу осложнений, серьезно отягчающих состояние больной, тем более если они своевременно замечены и устранены.

Совсем другая картина развивается, если ранение окажется

незамеченным. В этих случаях послеоперационное течение может осложниться тяжелым перитонитом или внутрибрюшинным кровотечением (при ранении сосудов сальника). Эти грозные осложнения требуют повторного чревосечения и устранения повреждений, но уже в условиях, менее благоприятных для больной. Особенно тяжелым осложнением, нередко с летальным исходом, является оставление в брюшной полости инструментов или марлевых салфеток (полотенец). Эти погрешности, хотя и редко, но, к сожалению, могут иметь место. Описаны случаи оставления в брюшной полости полотенца, больших марлевых салфеток, хирургических зажимов, ножниц и других предметов операционного обихода. Несомненно, эти осложнения являются трагической случайностью, в основе которой в большинстве случаев лежит невнимательность хирурга и нечеткая работа операционной сестры. Оставления инородных предметов в брюшной полости можно избежать, если на всех этапах операции хирург и ассистенты будут исключительно внимательны, а операционная сестра будет вести *строгий учет хирургического материала и инструментов*. Полезно еще раз напомнить, что в работе хирурга нет мелочей. Каждое движение хирурга и его ассистентов должно быть максимально бережным, а выполнение каждого этапа операции — четким и продуманным.

Глава 8

ОПЕРАЦИИ ПО ИСПРАВЛЕНИЮ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ

Общие замечания. Матка в полости малого таза занимает срединное положение и отстоит примерно на равных расстояниях от лона, крестца и боковых стенок таза. Дно матки располагается на уровне IV крестцового позвонка, а область наружного зева — на уровне интерспинальной плоскости таза. В таком положении матка удерживается связками (подвешивающий аппарат) и тканями тазового дна (поддерживающий аппарат). Матка может легко смещаться как по горизонтальной, так и по вертикальной осям при различных воздействиях и возвращаться в нормальное положение после прекращения действия смещающей причины. Некоторые заболевания полового аппарата ведут к несостоятельности подвешивающего или поддерживающего аппарата, при котором существенно меняется и положение матки. Такие состояния нередко требуют хирургического лечения. Обычно опущения (и выпадения)

матки сочетаются с опущением стенок влагалища. Поэтому восстановление и укрепление нормального положения матки в тазу выполняется как второй этап после восстановления целости тазового дна и пластических операций на влагалище. В связи с этим при обсуждении плана операции первого этапа (пластика влагалища и тазового дна) следует предусмотреть необходимость и второго этапа, обеспечивающего восстановление и укрепление нормального положения матки. Второй этап выполняется с помощью брюшностеночного доступа. Необходимость второго этапа операции совершенно очевидна в тех случаях, когда у больных имеется выпадение матки. Иногда укрепление положения матки может потребоваться у больных, страдающих только ретродевиацией, без ее опущения.

Опыт показывает, что хирургическое лечение неправильных положений матки показано не у всех больных. Ретроверсия матки может быть первичной и вторичной. Первичная ретроверсия матки хотя и не относится к числу нормальных анатомических положений, тем не менее представляет собой состояние, к которому женщина вполне адаптировалась. Эта патология обычно формируется еще в детстве и не требует исправления. Наоборот, вторичная ретроверсия возникает значительно позже, например в результате ненормально протекающего обратного послеродового развития матки. Возникновение фиксированной ретроверсии матки может быть связано с перенесенным слипчивым периметритом. Такая ретродевиация матки приводит к перегибу сосудов и застойной гиперемии, характеризующейся нарушениями менструации и болевым синдромом. Вот почему при вторичных ретроверсиях матки, особенно в сочетании с ее опущением, помимо пластических влагалищных операций, целесообразно исправлять положение матки укреплением связочного аппарата.

Однако совсем не просто отличить первичную ретродевиацию матки от вторичной. Л. Л. Окинчиц рекомендовал пользоваться следующими признаками. Если при ретроверсии матки расстояние от нижнего края лона до влагалищной ее части меньше нормального, а передняя стенка влагалища тем не менее не нависает, эти взаимоотношения свидетельствуют, что неправильное положение матки приобретено в детском возрасте. В этом случае развитие сосудистой системы и других отделов таза шло в условиях уже сформировавшегося неправильного положения матки. Наоборот, если при ретроверсии матки передняя стенка влагалища нависает и протяженность ее больше, чем расстояние от лона до влагалищной части матки, то неправильное положение матки следует рассматривать как состояние приобретенное, возникшее после того, как развитие органов тазовой области было закончено. Клинически эти различия определяются значительно проще. Больной в положении для гинекологического исследования предлагают потужиться; при первичной ретроверсии выпячивания передней стенки влагалища не происходит, в то время как при вторичной — выпячивание стенки будет обязательным.

Операции, направленные на исправление положения матки, редко имеют самостоятельное значение и чаще используются как дополнительное хирургическое мероприятие, закрепляющее

эффект влагалищных операций. Подобных операций предложено много, однако по своим принципам они мало отличаются друг от друга.

Наибольшего внимания заслуживают укорочение круглых связок по Дартигу—Вебстеру и подшивание матки к брюшной стенке по Кохеру как наиболее простые и достаточно эффективные операции. Однако каждая из них предпринимается по определенным показаниям. Укорочение круглых связок обычно производится у женщин детородного возраста, так как после этого можно допустить наступление беременности и спонтанных родов (роды, тем не менее, нежелательны, так как этому вмешательству обычно предшествуют пластические операции на влагалище). *Вентрофиксация* матки может быть использована только у женщин, находящихся в менопаузе. Поэтому, если по каким-то убедительным показаниям предусматривается выполнение вентрофиксации матки у женщин детородного возраста, то она обязательно должна сочетаться со *стерилизацией*.

Подготовка больных к этим операциям обычная и ничем не отличается от мероприятий, предусмотренных для любого чревосечения. Если такая операция выполняется вторым этапом, то она может быть произведена не раньше чем через $1\,^{1}/_{2}$ —2 нед после влагалищной, но с учетом условий, обеспечивающих возможность выполнения чревосечения.

Укорочение круглых связок матки по Дартигу—Вебстеру. Разрез брюшной стенки может быть выбран любой: срединно-продольный или поперечный по Пфанненштилю. При этом должны учитываться возраст больной, состояние брюшной стенки и другие клинические факторы, а также и опыт хирурга.

По вскрытии брюшной полости и отграничении петель кишечника и сальника матку подтягивают в брюшную рану за кетгутовую лигатуру, проведенную через дно матки. Листки широкой связки, в ее бессосудистых участках, перфорируют сзади концом сомкнутого корнцанга (под связкой яичника). На передней поверхности широкой связки корнцанг раскрывают и захватывают круглую связку (рис. 67,а), петлю которой проводят через отверстие в широкой связке на заднюю поверхность матки (рис. 67,б). Аналогично поступают с круглой связкой другой стороны. Обе петли круглых связок сближают и укрепляют на задней поверхности матки отдельными кетгутовыми швами (рис. 67, *в*). Лигатуру, наложенную на матку, снимают или связывают во избежание кровотечения. Извлекают марлевые салфетки и укладывают на

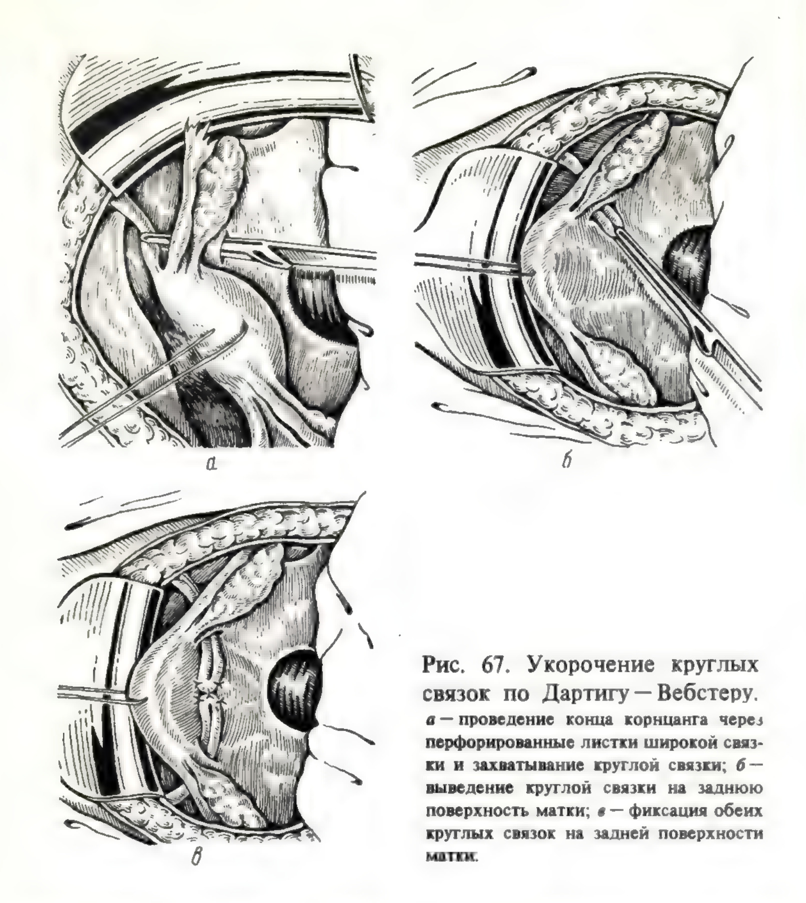


Рис. 67. Укорочение круглых связок по Дартигу — Вебстеру. *а* — проведение конца корнцанга через перфорированные листки широкой связки и захватывание круглой связки; *б* — выведение круглой связки на заднюю поверхность матки; *в* — фиксация обеих круглых связок на задней поверхности матки.

место расправленный сальник и петли кишечника. Брюшную рану ушивают послойно наглухо. Укреплением круглых связок на задней поверхности матку фиксируют в новом, более высоком, положении в малом тазу, что существенно ограничивает ее избыточную подвижность.

Вентрофиксация матки по Кохеру. По вскрытии брюшной полости и отграничении сальника и петель кишечника заднюю стенку матки с обеих сторон вблизи отхождения труб прошивают крепкими кетгутовыми лигатурами и выводят в рану на уровень апоневроза брюшной стенки. В этом положении верхние отделы матки должны быть зафиксированы на передней брюшной стенке. Перед подшиванием матки извлекают из брюшной полости марлевые салфетки (если они использо-

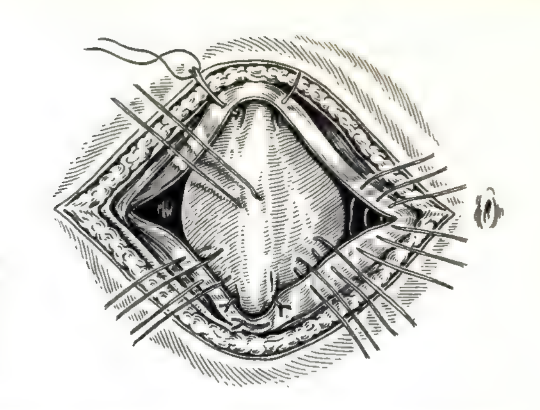


Рис. 68. Один из этапов операции вентрофиксации матки по Кохеру. Ушивание брюшины и подшивание ее вокруг матки.

вались для отграничения сальника и кишечника) и края брюшины по обе стороны выведенной матки ушивают отдельными швами или непрерывным кетгутовым швом. При подходе шва к матке той же лигатурой подшивают брюшину к серозной оболочке матки, потом обшивают ее вокруг и продолжают шов до конца раны (рис. 68). Обшивание матки брюшиной должно выполняться достаточно тщательно, чтобы не оставалось щелей, в которые могут проскользнуть сальник или петли кишечника. После окончания ушивания брюшины верхняя часть матки оказывается выведенной в брюшную рану и располагается экстраперитонеально.

Кетгутовые лигатуры, которыми было захвачено дно матки по ее углам с каждой стороны, проводят через прямые мышцы и апоневроз на его поверхность, но не связывают до тех пор, пока не будут сшиты мышцы и сам апоневроз. Узловыми кетгутовыми швами сближают прямые мышцы, затем ушивают апоневроз с таким расчетом, чтобы дно матки и некоторая часть ее задней поверхности были подшиты к апоневрозу. Одновременно за лигатуры, выведенные на поверхность апоневроза, подтягивают матку. Лигатуры затем связывают на каждой стороне отдельно. Таким образом верхняя часть матки оказывается фиксированной к апоневрозу. Обычным путем ушивают подкожную клетчатку и кожу, обрабатывают операционное поле и накладывают повязку.

Вентрофиксация матки, выполняемая у женщин детородного возраста, отличается от описанной тем, что, помимо самой вентрофиксации, одновременно производится и стерилизация (см. с. 144).

Основная операция по фиксации матки выполняется в той же последовательности, но после стерилизации.

Глава 9

ОПЕРАЦИИ НА МАТОЧНЫХ ТРУБАХ

Общие замечания. Показания к оперативным вмешательствам исключительно на маточных трубах весьма ограниченны. К таким операциям могут быть отнесены вмешательства с целью стерилизации, операции по поводу внематочной беременности и некоторых воспалительных заболеваний труб (гидро-и пиосальпинксы). Самостоятельную группу вмешательств составляют операции пластического характера, предпринимаемые для хирургического лечения женского бесплодия. В ряде случаев операции на маточных трубах предпринимаются по поводу эндометриоза, а также опухолевых заболеваний. Однако наличие эндометриоза, а тем более рака, чаще требует не изолированных операций на трубе, а более широких вмешательств.

В этом разделе рассмотрены хирургические вмешательства, предпринимаемые по поводу мешотчатых образований труб (гидро-и пиосальпинксы, гематосальпинксы), а также пластические операции, связанные с лечением женского бесплодия.

Трубы представляют собой мышечный парный орган, обладающий свойством перистальтических сокращений как в сторону матки, так и в обратном направлении. Основной их функцией как органа является обеспечение транспорта яйцеклетки. Наблюдения показывают, однако, что с удалением труб может наступать раннее нарушение и угасание менструальной функции. Возможно, этими же связями следует объяснять частое вовлечение яичников в воспалительный процесс при заболевании труб. Есть основания полагать также, что возникающие нарушения в сократительной деятельности матки у рожениц с удаленной в прошлом одной из труб, по-видимому, связаны с утратой этого органа, так как сокращения матки носят перистальтический характер с начальным импульсом, возникающим в углах матки в месте отхождения труб

Механизм образования мешотчатых опухолей следует связывать с инфицированием и последующим отеком слизистой оболочки трубы. Устья труб, входящие в углы матки, имеют узкий просвет и сдавливаясь, могут полностью его закрыть, что будет способствовать скоплению в трубах воспалительного экссудата. Одновременно с этим в результате инфицирования фимбрии ампулярных концов труб рефлекторно отгораживают инфицированную полость. В этих условиях в трубах (или в одной трубе) продолжает накапливаться экссудат, все больше растягивая их полость. В конце концов образуется «мешок», заполненный воспалительным содержимым. Если содержимое полости трубы имеет гнойный характер, это состояние на-

зывают пиосальпинксом (pyosalpinx). В холодном периоде содержимое труб может быть водянистым — тогда говорят о гидросальпинксе (hydrosalpinx). Воспаление труб, как правило, не ограничивается только трубой. Близкое соседство яичников, а также общность лимфатических систем трубы и яичника приводят к распространению процесса на соседние отделы, в результате чего образуется общий воспалительный конгломерат, получивший название тубоовариального образования. Естественно, что развитие такого процесса ведет к бесплодию, которое возникает не только в связи с утратой органом физиологической функции, но и в результате механических препятствий, обусловленных непроходимостью труб.

Вместе с тем воспаление труб не всегда протекает по описанному типу. Чаще для такого процесса характерна частичная или полная облитерация просвета труб, которая может быть выражена на всем протяжении или отдельных ее участках. Если полная облитерация просвета трубы приводит к бесплодию, то частичная является причиной внематочной (трубной) беременности.

Другой причиной образования мешотчатых опухолей может быть изолированный эндометриоз трубы, встречающийся сравнительно редко. Сущность этого заболевания, как полагают, состоит в эктопическом приживлении клеток эндометрия в трубе, который функционирует как обычный. Эндометрий будет подвержен тем же циклическим изменениям, что и в полости матки. В трубе, пораженной эндометриозом, постепенно накапливается кровь, которая при наличии оттока стекает в брюшную полость или, реже, в полость матки. При отсутствии оттока образуется гематосальпинкс (haematosalpinx).

Вместе с кровью в брюшную полость могут попадать слущенные клетки эндометрия. Они оседают на брюшине, чаще в области заднего свода. Таким образом происходит распространение эндометриоза. Скопление крови в полости трубы сопровождается ее растяжением, развитием воспалительного процесса и рядом других нарушений. Все это приводит к выраженным болевым ощущениям, особенно острым во время очередной менструации.

Удаление трубы (extirpatio tubae uterinae). По вскрытии брюшной полости, отграничении петель кишечника и сальника дно матки прошивают лигатурой или захватывают щипцами (пулевые, двузубчатые), не прокалывая эндометрий. Матку подтягивают и выводят в рану. Если труба находится в спайках, их осторожно, острым путем, разъединяют и расправляют трубу с брыжейкой. На брыжейку трубы последовательно накладывают несколько длинных зажимов Кохера до

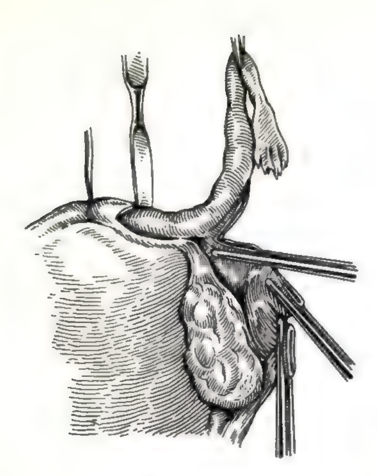


Рис. 69. Один из этапов операции удаления трубы.

угла матки и трубу отсекают по зажимам. Зажимы обшивают кетгутовыми лигатурами, а культи перевязывают. Трубный угол матки иссекают вместе с трубой (рис. 69). Рану матки ушивают 2—3 кетгутовыми швами. Первую и последнюю лигатуры связывают, тем самым культя мезосальпинкса подтягивается к углу матки. Перитонизация культи мезосальпинкса и угла матки осуществляется за счет круглой связки, которую несколькими кетгутовыми швами подшивают к задней поверхности матки. Производят туалет брюшной полости и рану ушивают послойно наглухо.

Сальпингостомия (salpingostomia). Эта операция предпринимается с целью хирургического лечения бесплодия, которое обусловлено непроходимостью трубы в ампулярном отделе. Чаще всего у таких больных имеется гидросальпинкс, при котором труба проходима на всем протяжении, за исключением брюшного конца (рис. 70,а). Очевидно, что для восстановления проходимости достаточно вскрыть закрытый участок трубы. Выполняется эта операция следующим образом.

Вскрывают брюшную полость. В рану подтягивают матку, высвобождают и расправляют трубу вместе с мезосальпинксом.

Часть брюшного конца трубы отсекают круговым разрезом, как показано на рис. 70, а. Края трубы обшивают отдельными кетгутовыми швами; при этом слизистую оболочку слегка выворачивают наружу (рис. 70,б). Последующие этапы операции обычные.

Имплантация здоровой части трубы в матку после резекции облитерированного участка. Если установлено, что труба

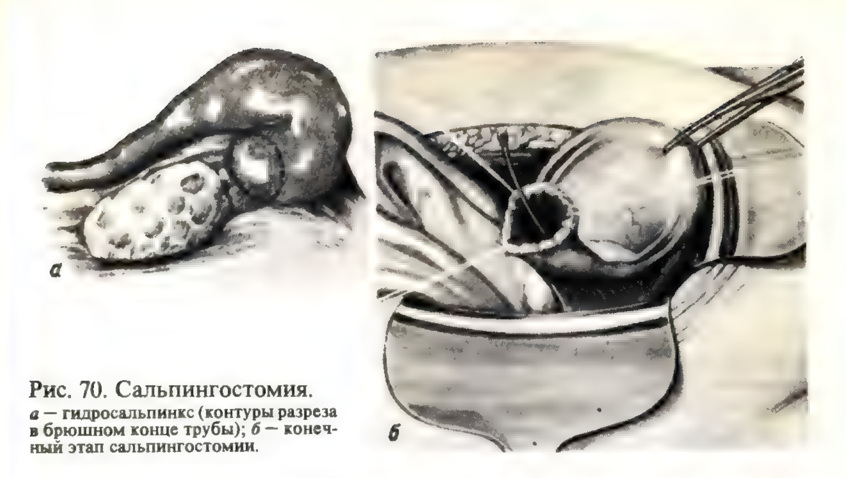


Рис. 70. Сальпингостомия.
а — гидросальпинкс (контуры разреза в брюшном конце трубы); *б* — конечный этап сальпингостомии.

непроходима в области устья, можно предпринять иссечение облитерированного участка трубы и пересадку оставшейся части в матку. Для этого необходима уверенность, что остальная часть трубы проходима. Данные о непроходимости этих отделов трубы можно получить на операционном столе по вскрытии брюшной полости на основании ретроградной пертубации (рис. 71). Следует подчеркнуть, что имплантация труб представляет достаточно сложную операцию, выполнением которой не всегда достигается необходимый эффект. Поэтому женщина, согласившаяся на операцию, должна быть осведомлена о характере предстоящего вмешательства, возможных осложнениях и высоком проценте неудач. Неэффективность хирургического лечения бесплодия этим методом зависит прежде всего от того, что созданное в углу матки отверстие для пересадки оставшегося отрезка трубы подвергается последующему рубцеванию, в результате которого трубное отверстие полностью сдавливается. С другой стороны, есть основания полагать, что оставшийся отрезок трубы обладает функциональной несостоятельностью, нарушающей физиологический механизм транспорта яйцеклетки. Учитывая последнее обстоятельство, рассчитывать на возможность замены трубы на трубку из какого-либо искусственного материала, как это делается, например, в хирургии кровеносных сосудов, по-видимому, нельзя.

Маточная труба представляет собой не просто канал, по которому происходит пассивное передвижение оплодотворенной яйцеклетки в сторону матки. Перистальтическими сокращениями трубы оплодотворенная яйцеклетка перемещается в направлении к матке, причем за период передвижения по трубе в ней происходят начальные процессы дробле-

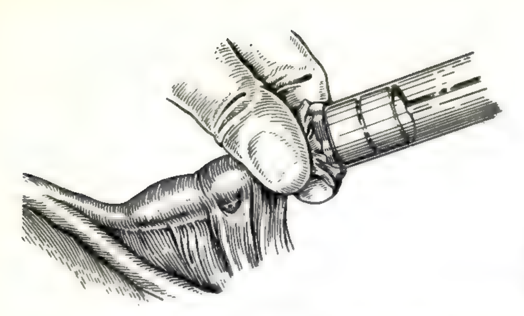


Рис. 71. Пертурбация со стороны ампулярного отдела трубы.

ния до фазы образования бластулы. Едва ли эти биологические процессы возможны в трубке из совершенного с хирургической точки зрения синтетического материала.

Существуют многочисленные варианты имплантации отрезка маточной трубы. Уже одно это свидетельствует о сложности хирургической задачи. Ниже рассмотрен один из вариантов такой операции, разработанной В. И. Пичуевым и В. В. Чепигиным и обеспечивающий сравнительно удовлетворительный эффект.

Техника операции. По вскрытии брюшной полости, выведении матки с придатками в рану и расправлении трубы и брыжейки проверяют проходимость трубы от ампулярного конца в направлении к матке с помощью ретроградной пертурбации (см. рис. 71). Этим приемом устанавливается периферическая граница для резекции трубы, в то время как центральную границу уточняют еще до операции с помощью гистеросальпингографии. Облитерированный (непроходимый) участок резецируют, причем периферический конец — обычным пересечением трубы, а центральный — иссечением из угла матки. Брыжейку резецированного участка трубы обшивают тонким кетгутом. Конец заранее подготовленной тонкой полиэтиленовой нити проводят в оставшийся отрезок трубы со стороны ампулярного отдела. Затем в матке, чаще в области иссеченного угла, специальным пробойником делают отверстие, в которое имплантируют оставшийся конец трубы вместе с трубкой.

В рассматриваемой модификации этот этап выполняется несколько иначе: третий ассистент, подготовленный к операции, проводит специально сконструированный для этой цели раскрывающийся изогнутый зонд в матку со стороны влагалища. Затем в области угла матку перфорируют. Выведенным через перфорационное отверстие в брюшную полость инструментом захватывают маточный конец проведенной через трубу полиэтиленовой нити, втягивают через полость матки во влагалище и временно закрепляют у вульварного кольца. Одновременно в отверстие матки протягивают медиальный отрезок трубы.

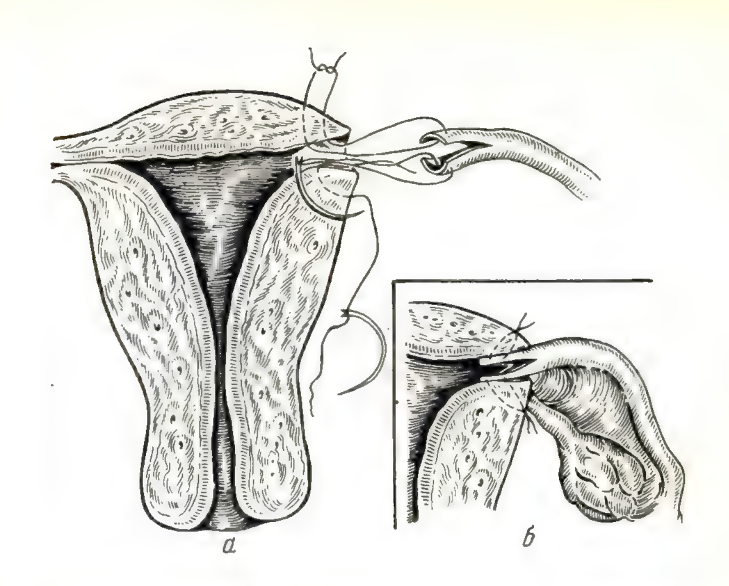


Рис. 72. Имплантация трубы в матку.

а — наложение швов для фиксации резецированной трубы в матке; *б* — имплантация отрезка трубы и этап закрепления его швами к стенке матки.

Конец трубы по окружности подшивают отдельными кетгутовыми швами к матке. Полиэтиленовую нить, выведенную через ампулярный конец отрезка трубы, одним кетгутовым швом фиксируют к задней стенке матки с тем, чтобы предотвратить возможное травмирование ее концом брюшины и других органов. Введенная в созданный канал полиэтиленовая трубка будет способствовать сохранению проходимости в период формирования рубца. Брюшную рану ушивают послойно, наглухо. Влагалищный конец полиэтиленовой трубки фиксируют к боковой стенке влагалища у вульварного кольца с тем, чтобы она не проскользнула в полость матки или брюшную полость. Трубку извлекают со стороны влагалища на 40-й день после операции.

Имплантация трубы может быть осуществлена и без специальных приспособлений, используемых в рассмотренной модификации. Для этой цели маточный конец трубы расщепляют на две равные части (рис. 72,а). Затем со стороны наружной поверхности матки через всю толщу проводят иглу с лигатурой таким образом, чтобы она вышла в искусственно созданное отверстие для трубы. Этой же иглой прокалывают один из лепестков трубы и иглу через это же отверстие вновь

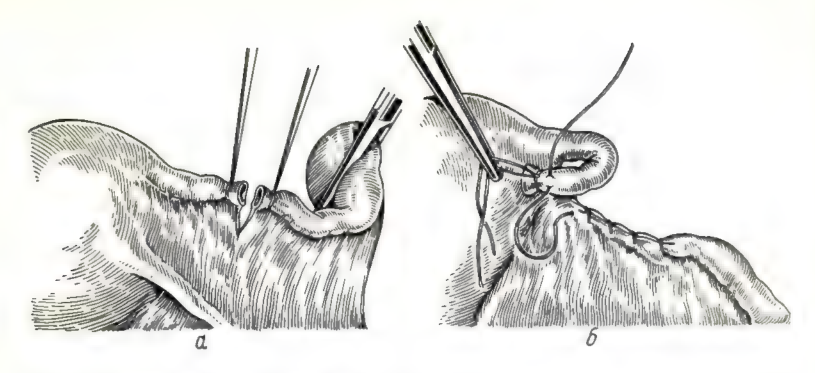


Рис. 73. Операция стерилизации.
а — перевязка трубы в двух местах и рассечение; *б* — этап перитонизации культей трубы в мезосальпинксе.

выводят на ту же поверхность матки рядом с первоначальным вколом. Лигатуру не завязывают. Такой же шов накладывают на второй лепесток трубы. Затем подтягиванием за обе лигатуры маточный конец трубы вводят в перфорационное отверстие матки, после чего лигатуры связывают. Этим приемом имплантированный конец трубы фиксируется к внутренним стенкам матки (рис. 72,б). Трубу в месте соприкосновения с маткой подшивают отдельными кетгутовыми швами к ее серозной оболочке. Эта модификация менее надежна, чем первая, так как в имплантированной области чаще наступает закрытие просвета трубы.

Стерилизация. В практике существуют многочисленные методы хирургической стерилизации. Однако целесообразно рассмотреть только один из них, наиболее надежный с технической точки зрения и обеспечивающий в будущем, если в этом возникнет необходимость, восстановление проходимости труб путем их пересадки.

После вскрытия брюшной полости дно матки прошивают провизорной лигатурой и подтягивают к брюшной ране. Вывести матку можно также с помощью пулевых или двузубчатых щипцов. Сначала на одной стороне маточную трубу расправляют и перевязывают шелковыми лигатурами в двух местах. Первую лигатуру накладывают ближе к углу матки, вторую — отступя на 1—1,5 см. Между лигатурами трубу пересекают полностью до брыжейки (рис. 73, а). Концы пересеченной трубы перитонизируют. При этом маточный конец трубы перитонизируют в складке переднего листка широкой связки в области угла матки, а второй — в складке заднего

листка широкой связки (рис. 73,б). Вскрытый участок мезосальпинкса ушивают непрерывным кетгутом. Если стерилизация предшествовала вентрофиксации матки, переходят к ее выполнению (техника изложена выше).

Глава 10

ОПЕРАЦИИ НА ЯИЧНИКАХ

Общие замечания и топографическая анатомия яичников. Хирургические вмешательства на яичниках предпринимаются значительно чаще, чем на трубах. Объясняется это тем, что при различных заболеваниях женских половых органов изменения в яичниках встречаются значительно чаще, чем в других. Разнообразие причин, вызывающих те или иные заболевания яичников, требует изложения техники операций применительно к характеру патологии, так как от нее зависят выбор вмешательства и его объем. В одних случаях объем операции может состоять в резекции яичника, в других — его удалении, а в третьих — трансплантации.

Ниже рассмотрены некоторые топографо-анатомические особенности, характерные для области яичников, и клинические аспекты, предопределяющие необходимость тех или иных оперативных вмешательств.

Хирургическая анатомия яичников. Как известно, яичник является парным органом и по размерам редко превышает ногтевую фалангу I пальца руки. Оба яичника расположены позади широкой связки по обе стороны от матки и как бы свободно подвешены на брыжейке, образованной листками широкой связки, а также на собственной и воронкотазовой связках. Между листками брыжейки яичников располагается клетчатка, которая сообщается с боковыми отделами клетчаточного пространства параметрия, в котором проходят основные сосуды и нервы малого таза, а также тазовые отделы мочеточников. Это обстоятельство должно учитываться при выполнении хирургических приемов на связках.

Кровоснабжение яичников осуществляется за счет яичниковой или семенной артерии, берущей начало от аорты (реже — от почечной артерии) и веточек маточной артерии, анастомозирующих с семенной. Непосредственно к яичнику сосуды подходят через брыжейку, в связи с чем она получила название ворот яичника. Повреждение этой анатомической области может привести к недостаточности кровоснаб-

жения яичников. Поэтому при выполнении резекции яичника следует быть максимально внимательным, чтобы при ушивании раны не нарушить его кровоснабжение. Кроме того, оперируя на яичниках, нужно помнить, что яичниковая артерия по отхождении от аорты в малом тазу размещается по соседству с мочеточником, особенно близко в области воронкотазовой связки. Ранение мочеточника может произойти при лигировании или пересечении этой связки.

Необходимо обратить внимание на одну характерную для яичников особенность. По своим размерам и функциональному состоянию (активности) яичники не являются равнозначными. В последние годы установлено, что по функциональной активности правый яичник превосходит левый. Поэтому после удаления правого яичника, при прочих равных условиях, гормональная недостаточность в организме проявляется быстрее и выражена глубже, чем после удаления левого. Это обстоятельство следует учитывать при необходимости хирургического вмешательства наряду с общей оценкой состояния обоих яичников как важных эндокринных органов.

В оперативной гинекологии принят термин «ножка кисты». Это образование состоит из брыжейки яичника, двух указанных выше связок и маточного конца трубы с проходящими в них артериями и венами. Артерии, входящие в состав ножки, более упруги по сравнению с венами. Поэтому даже при незначительном перекручивании ножки кровоток в венах нарушается быстрее, чем в артериях, т. е. приток крови к кисте сохраняется, в то время как отток существенно нарушается. Создаются, таким образом, условия для застойного полнокровия в органе и развития в нем различных нарушений. С другой стороны, замедленный кровоток в венах (при перекручивании) может сопровождаться стазом и образованием тромбов. Поэтому во время операции по поводу перекрученной кисты яичника во избежание попадания тромбов в кровеносное русло не следует раскручивать ножку до того, как будут наложены зажимы на ее основание (центральный конец). Несвоевременное раскручивание может привести к эмболии.

Резекция яичников в плановом порядке производится сравнительно редко[1]. Это объясняется тем, что такое вмешательство допустимо только в исключительных случаях, например при ретенционных кистах, когда можно сохранить часть неизмененной ткани яичника[2] (фолликулярная киста, киста желтого тела, эндометриоз яичника). Резекция яичника часто

---

[1] Резекция (от лат. resectio — отсечение, отрезание) — хирургическое вмешательство, заключающееся в удалении части органа.
[2] Ретенция от лат. retentio — задержка.

используется для хирургического лечения синдрома Штейна — Левенталя. При этом заболевании, а иногда и эндометриозе яичника решение о необходимости резекции может быть принято заранее. Во всех остальных случаях вопрос об объеме оперативного вмешательства чаще решается на операционном столе по вскрытии брюшной полости.

Клинические особенности фолликулярных кист и кист желтого тела яичника. Эти два вида кист относятся к ретенционным образованиям, а не составляют истинных опухолей. Механизм возникновения подобных нарушений изучен недостаточно. Полагают, что в их образовании существенное значение имеют эндокринные нарушения и заболевания воспалительного характера. Характерно для ретенционных образований нарушение процессов овуляции и обратного развития желтого тела.

Между двумя видами кист имеются существенные различия. Фолликулярная киста может не проявляться клинически и ее часто обнаруживают при исследованиях, предпринимаемых по другому поводу. Киста желтого тела, наоборот, характеризуется определенной клинической картиной, напоминающей нарушающуюся внематочную беременность. В этих случаях могут быть выражены субъективные и объективные признаки беременности. Обычно больные отмечают задержку менструаций, нагрубание молочных желез, поташнивание, а объективно выявляется некоторое увеличение или размягчение матки, а также застойное полнокровие наружных половых органов. В ряде случаев отвергнуть диагноз беременности удается только на операционном столе.

Механизм образования эндометриоза яичника также может быть отнесен к числу ретенционных процессов, хотя возникновение его имеет иную природу. Полагают, что формирование эндометриоза связано с особой активностью и циклической подвижностью клеток эндометрия, находящихся под влиянием обычных гормональных воздействий. Оказывается, что отдельные клетки эндометрия могут перемещаться с током крови и лимфы или проникать в различные каналы и полости половых органов. Нередко такому перемещению клеток способствуют различные диагностические или лечебные процедуры (диагностическое выскабливание, аборт и др.). Попадая в те или иные органы, даже отдаленные, клетки эндометрия приживляются и сохраняют функциональную способность проделывать ту же менструальную трансформацию, которая свойственна эндометрию матки. Менструальный распад эндометрия при эндометриоидной гетеротопии сопровождается кровоотделением внутрь полого органа или тканей, в результате которого образуются полости, заполненные кровью. Сдавление или распирание органа приводит к ощущению боли, которая заметно усиливается в период менструаций. При поражении процессом яичника эндометриоидное образование, в зависимости от давности заболевания, может иметь различную величину. Эндометриоз может поражать небольшую часть яичника или весь орган. По существу этими факторами определяются характер и объем операции.

В основе синдрома Штейна — Левенталя лежат эндокринные расстройства, характеризующиеся различными нарушениями менструального цикла — аменореей, опсоменореей или маточными кровотечениями по типу менометроррагии. Женщины, страдающие этим заболеванием, как правило, бесплодны. В клинической картине могут быть представлены

и внешние признаки эндокринных расстройств — общее ожирение и гирсутизм[1].

При внутреннем исследовании отмечается увеличение яичников (одного или, чаще, обоих). Яичники хорошо контурируются, имеют эластическую консистенцию, как правило, подвижны и безболезненны при пальпации. Заболевание чаще встречается у молодых женщин. Вместе с тем при клинической картине синдрома, не имеющего типичных проявлений, отдельные симптомы могут напоминать воспалительные заболевания или поражение надпочечников, а также болезнь Кушинга.

Причина заболевания окончательно не установлена, однако полагают, что механизм его развития связан с нарушением функций коры надпочечников и гонад. Существует и второе предположение, объясняющее причину возникновения синдрома Штейна — Левенталя. Считают, что заболевание развивается вследствие длительно текущего хронического воспалительного процесса придатков, в результате которого происходит разрастание на поверхности яичников соединительнотканной капсулы, исключающей процессы овуляции.

Резекция яичника (resectio ovariorum). Подготовка больных к этой операции такая же, как и для любого чревосечения. По вскрытии брюшной полости пулевыми щипцами захватывают или прошивают лигатурой дно матки и матку вместе с придатками подтягивают к брюшной ране. Имеющиеся спайки и сращения яичников и труб с соседними органами или тканями разъединяют острым и тупым путем. Устанавливают границу между здоровой тканью и измененной частью яичника (рис. 74,а). Острым скальпелем патологическую ткань (киста, эндометриоз) клиновидно иссекают. При иссечении кисты следует стремиться не нарушить целость ее стенки.

Непрерывным тонким кетгутовым швом ушивают рану яичника (можно использовать скорняжный шов). Швы следует накладывать таким образом, чтобы не подхватывать лигатурой сосуды со стороны брыжейки (рис. 74,б).

Резекция яичника с пересадкой его части в матку. Эта операция используется для хирургического лечения женского бесплодия при двусторонней непроходимости труб. Производится эта операция относительно редко. Вопрос о пересадке яичника в матку как методе лечения бесплодия возникает в том случае, если, например, у молодой женщины наступление беременности невозможно из-за отсутствия обеих труб (оперирована по поводу двух трубных беременностей).

В основе операции лежит идея возможной овуляции в пересаженной в матку части яичника и выхода яйцеклетки в полость матки. В этих случаях, как полагают, может состояться ее оплодотворение. Несмотря на то что эта операция

---

[1] Гирсутизм (от лат. hirsutus — волосатый) — оволосение по мужскому типу у женщины.

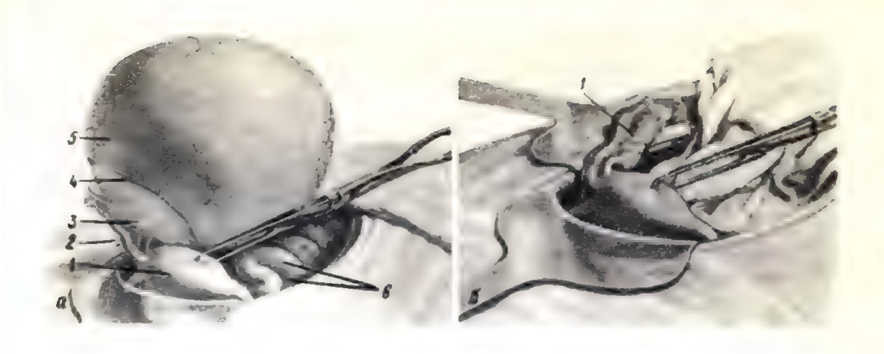


Рис. 74. Резекция яичника.

а — начальный этап операции резекции при кисте яичника; *1* — матка, *2* — труба, *3* — остающаяся ткань яичника, *4* — линия разреза, *5* — киста яичника, *6* — петли кишечника; *б* — вид яичника после завершения резекции яичника; *1* — оставшаяся неизмененная ткань яичника.

принята в гинекологической практике, достижение эффекта после нее весьма сомнительно, хотя известны отдельные наблюдения, когда после такого вмешательства наступила беременность.

Технически эта операция проста. После вскрытия брюшной полости матку с придатками выводят в рану; спайки, если они имеются, разъединяют. Один из яичников рассекают пополам в поперечном направлении, но без пересечения брыжейки и травмы сосудов. Раневые поверхности обеих половин ушивают тонкими кетгутовыми швами (рис. 75,а). На задней стенке матки ближе ко дну делают небольшой разрез через все слои в поперечном направлении с тем, чтобы открыть полость матки. При необходимости производят обычный гемостаз. Пересаживаемую часть яичника прошивают одной лигатурой, а ее концы через полость матки выводят на наружную поверхность матки с противоположной яичнику стороны (см. рис. 75,а). За лигатуры медиальную половину яичника затягивают через рану в полость матки. Рану матки ушивают отдельными кетгутовыми швами (рис. 75,б). На этом операция заканчивается и брюшную рану закрывают наглухо послойно.

Ниже рассмотрены вопросы, которые имеют отношение к хирургическому лечению доброкачественных кист яичников, принятому в современной гинекологии — направленность роста кисты и их клиническая оценка. Направление роста определяет подвижность кисты и технику выполнения операции. Неподвижность кисты зависит от наличия спаек и сращений с соседними органами и тканями. Рост может быть выра... в свободную брюшную полость или параметральные отде...



Рис. 75. Пересадка части яичника в полость матки.
а — рассечение яичника пополам, медиальная часть его подготовлена к пересадке в матку; *б* — конечный этап операции, наложение швов на рану матки после пересадки части яичника; *1* — собственная связка яичника, *2* — латеральная оставшаяся часть яичника, *3* — труба, *4* — круглая связка, *5* — задний листок широкой связки, *6* — воронкотазовая связка.

главным образом, в направлении между листками широкой связки. Оба варианта роста обусловлены анатомическими особенностями яичников. Если развитие кисты совершается в направлении основания яичника, т. е. в сторону брыжейки, то подвижность опухоли вследствие межсвязочного расположения будет из-за отсутствия ножки ограничена. Удаление такой кисты может встретить определенные технические затруднения, связанные с ее выделением и опасностью травмирования кровеносных сосудов параметрия, соседних органов, а также ранением мочеточника.

Иначе обстоит дело в том случае, если рост кисты происходит в направлении, противоположном воротам яичника. Тогда опухоль свободно располагается в брюшной полости и, постепенно увеличиваясь, вытягивает брыжейку и связки, образуя так называемую ножку. Маточная труба при развитии кисты яичника, имея свою брыжейку, может оставаться свободной и не связанной с кистой. Однако чаще труба вместе с брыжейкой распластывается на поверхности кисты, а ее маточный конец входит в состав ножки опухоли (рис. 76). Толщина и длина такой ножки могут быть различны. В одних случаях она может иметь значительную длину и обеспечивать свободное перемещение кисты в брюшной полости. Наличие ножки, несомненно, облегчает удаление кисты. Вместе с тем подвижность кисты может способствовать перекруту ножки и нарушению кровотока, что требует оказания экстренной хирургической помощи.

Ниже рассмотрены технические особенности операций, предпринимаемых по поводу неосложненных кист яичников, имеющих ножку (подвижные) или рыхлые спайки с окружающими

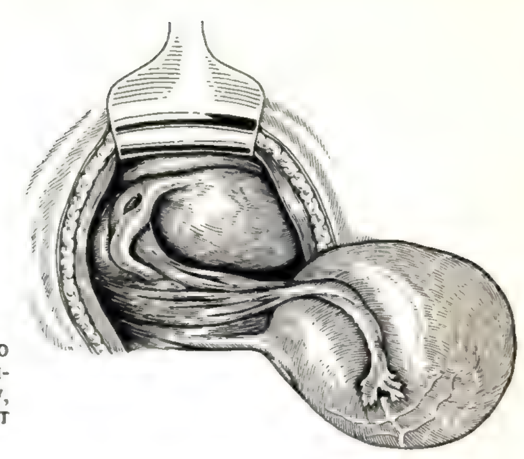


Рис. 76. Киста левого яичника, имеющая длинную и широкую ножку, в состав которой входит и труба.

органами и тканями, но разъединение которых не влечет за собой дополнительных вмешательств на этих органах. Затем описаны вмешательства по поводу осложненных кист, имеющих, например, интралигаментарное расположение или перекрутившуюся ножку, а также интимно спаянных с аппендикулярным отростом или кишечником. В этих случаях оперативный доступ выбирается индивидуально, в зависимости от возраста больной и характера опухолевого процесса.

Для удаления яичников целесообразно использовать срединно-продольный доступ. Эта рекомендация основана на том, что такой разрез брюшной стенки может обеспечить достаточно свободное удаление кисты, полноценную ревизию органов брюшной полости и, в случае необходимости, резекцию сальника.

Овариэктомия (cystomectomia ovariorum). По вскрытии брюшной полости следует произвести тщательный осмотр органов малого таза, оценить характер и размеры кисты, а также отношение ее к соседним органам. Одновременно нужно уточнить состояние органов брюшной полости и в особенности червеобразного отростка. Спайки между кистой яичника и соседними органами (матка, кишечник, сальник) должны быть разъединены. Задачей этого этапа операции является выяснение особенностей заболевания и создание необходимых условий для удаления опухоли.

Нередко приходится решать тактический вопрос в отношении маточной трубы. Не всегда, однако, можно дать однозначный ответ. Решение вопроса зависит от возраста больной, состояния придатков матки противоположной стороны и отношения трубы к кисте яичника. Если труба не

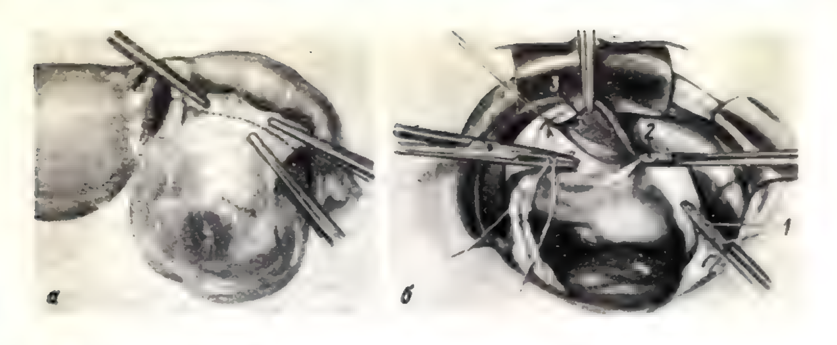


Рис. 77. Овариэктомия.

а — начальный этап: наложение зажимов на воронкотазовую и собственную связки яичника; *б* — этап перевязки культей придатков матки после удаления кисты яичника: *1* — культя воронкотазовой связки, *2* — собственной связки яичника, *3* — угол матки.

принимает участия в образовании ножки, а оставление ее не связано с нарушением целости мезосальпинкса, трубу можно оставить, особенно у больных молодого возраста. Значительно чаще труба оказывается распластанной на кисте и ее освобождение связано со значительной травмой (рис. 77). В этих случаях попытка высвободить трубу не будет иметь успеха и вряд ли оправданна, так как освобождение ее часто связано с нарушением питания и едва ли можно рассчитывать на сохранение нормальной функции в дальнейшем. Такая труба может явиться причиной внематочной беременности.

Кисту яичника подводят к брюшной ране и располагают так, чтобы ее ножка была доступна для обозрения и наложения зажимов с обеих сторон (рис. 77,а). После наложения зажимов на воронкотазовую связку, мезасальпинкс и собственную связку яичника вместе с маточным концом трубы опухоль отсекают. Пулевыми щипцами или с помощью лигатуры захватывают дно матки и подтягивают ее к ране. Культи раздельно обшивают кетгутовыми швами (рис. 77,б). Раздельное лигирование культей обеспечивает надежный гемостаз, так как в области воронкотазовой связки проходит яичниковая артерия, а в углу матки — веточки маточной артерии, анастомозирующие с яичниковой. После перевязки культи сближают путем связывания концов лигатур. Перитонизация культи производится перекрытием круглой связкой и подшиванием ее к заднему листку широкой связки и углу матки.

Кисту, имеющую ножку, обычно удаляют после наложения зажимов на ножку и ее пересечение производят выше наложенных зажимов (рис. 78, а,б). Оставшуюся культю ножки перекрывают круглой маточной связкой, укрепляя ее отдельными кетгутовыми швами на задней стенке матки. Производят туалет брюшной полости, сальником прикрывают вход в малый таз. Брюшную полость послойно ушивают наглухо.

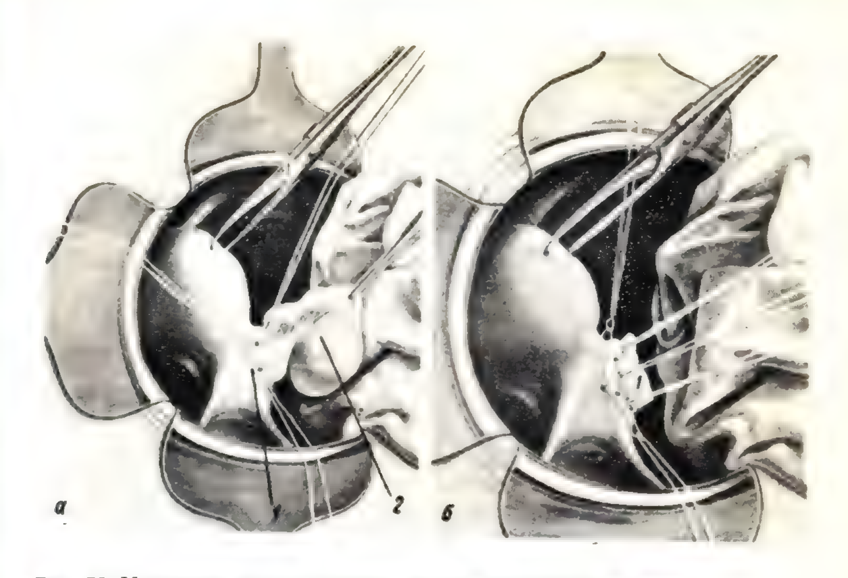


Рис. 78. Удаление кисты яичника, располагающейся на ножке.
а — схема лигирования сосудов ножки кисты яичника: *1* — ножка кисты, *2* — киста яичника; б — киста удалена, обработка культей: *1* — ножка кисты.

Удаление кисты яичника с перекрученной ножкой (cystomectomia ovariorium pendunculi torsio). Перекручивание ножки опухоли яичника (рис. 79) обычно происходит внезапно. В случае значительного нарушения кровотока в сосудах ножки возникает *картина острого живота.* При значительном застойном полнокровии относительно быстро развиваются дегенеративные и некротические изменения. Эти нарушения имеют четкую симптоматику. Вначале появляются боли в животе, напряжение брюшной стенки, тошнота и нередко рвота. Язык обычно сухой, пульс частый, дыхание поверхностное. В дальнейшем развиваются явления перитонита.

Перекручивание ножки кисты может происходить и медленно, повторяясь через некоторые интервалы. В этих случаях острой клинической картины обычно не возникает. Возможно, что при повторяющемся перекручивании ножки поверхностные некрозы прикрываются сальником с образованием сосудистых связей, питающих опухоль. С течением времени сосудистые связи кист с сальником становятся совершеннее, ножка в месте перекрута некротизируется и, наконец, опухоль остается связанной только с сальником. Поэтому при обнаружении во время операции опухоли в сальнике следует тщательно осмотреть область придатков матки.

Технические особенности удаления кисты яичника с перекрученной ножкой состоят в том, что в этих случаях лиги-

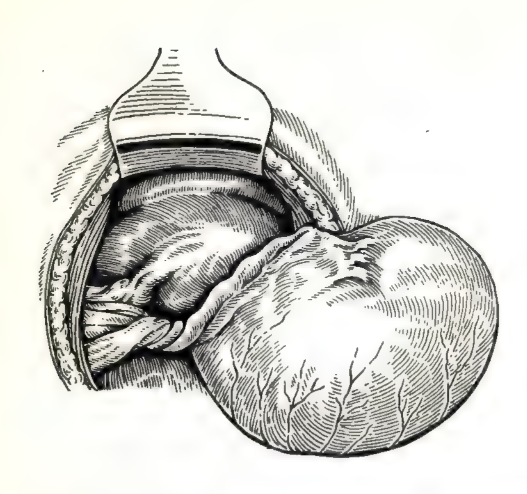


Рис. 79. Перекрутившаяся ножка кисты левого яичника.

ровать ножку следует до ее раскручивания, а зажимы накладывать ближе к центральному концу ножки, ниже первого завитка перекрута. Только после этого можно приступить к расправлению ножки и удалению опухоли. Остальные этапы операции (обработка культи, перитонизация, ушивание раны брюшной стенки) не отличаются от рассмотренных выше.

Удаление интралигаментарной кисты яичника (cystomectomia ovariorum intraligamentarius). Такую кисту прежде всего следует выделить из межсвязочного пространства. Нужно помнить, что постепенный рост кисты, помимо того, что сдавливает и раздвигает ткани параметрия, смещает также и мочеточник. При таком ее расположении мочеточник может оказаться смещенным к наружной или внутренней поверхности опухоли и даже быть на ее верхней поверхности (рис. 80). Эти особенности расположения мочеточника приходится учитывать при выделении кисты из межсвязочного пространства.

Межсвязочное формирование кисты яичника — явление сравнительно редкое. Как показывает опыт, чаще встречается так называемое ложно-межсвязочное ее расположение в результате интимного сращения кисты с задним листком широкой связки. Выделение такой кисты тоже может сопровождаться травмой мочеточника. Маточная труба при таком формировании кисты, как правило, не остается свободной, а как бы распластывается по ее поверхности и принимает участие в образовании капсулы.

Техника операции. После вскрытия брюшной полости, осмотра органов и освобождения сальника и петель кишечника от спаек (если они имеются) дно матки захватывают

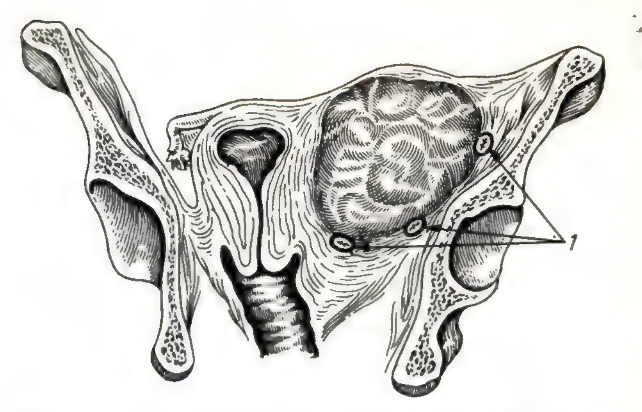


Рис. 80. Схема интралигаментарного расположения кисты яичника.
Стрелки — различные взаимоотношения кисты с мочеточником.

пулевыми щипцами и подтягивают к брюшной ране. В продольном направлении скальпелем рассекают листок брюшины над опухолью. Рассечение безопаснее проводить на переднем листке широкой связки у вершины опухоли между круглой связкой и трубой. Тупым путем, обычно рукой или пальцем, пилящими движениями кисту постепенно высвобождают из ложа и выводят из межсвязочного пространства наружу (рис. 81,а). Отслаивать кисту следует очень осторожно, чтобы не нарушить целость ее тонкой стенки, так как разрыв капсулы существенно затруднит последующее выделение. После выделения из межсвязочного пространства основной части кисты обычно обнаруживается тканевый тяж или ножка (как правило, по заднемедиальной поверхности кисты), посредством которого она более интимно связана с ложем. В этом тяже проходят сосуды, питающие опухоль. Нередко рядом с ними может проходить и мочеточник. Поэтому, прежде чем пересечь ножку, нужно исключить прохождение в ней мочеточника. На оставшуюся часть ткани (ножку) накладывают зажим (или зажимы), после чего кисту удаляют. Ножку обязательно следует перевязать или обшить кетгутовой лигатурой.

Реже при постепенном выделении кисты из ложа не остается видимой ножки. Во избежание кровотечения и образования гематомы в параметрии ложе кисты нужно тщательно осмотреть, а все кровоточащие сосуды — перевязать (рис. 81,б). Перевязку сосудов в подобных случаях желательно производить без обкладывания. Перитонизация сводится к сшиванию листков брюшины с последующим перекрытием шва круглой связкой. На этом операция заканчивается. Производят туалет

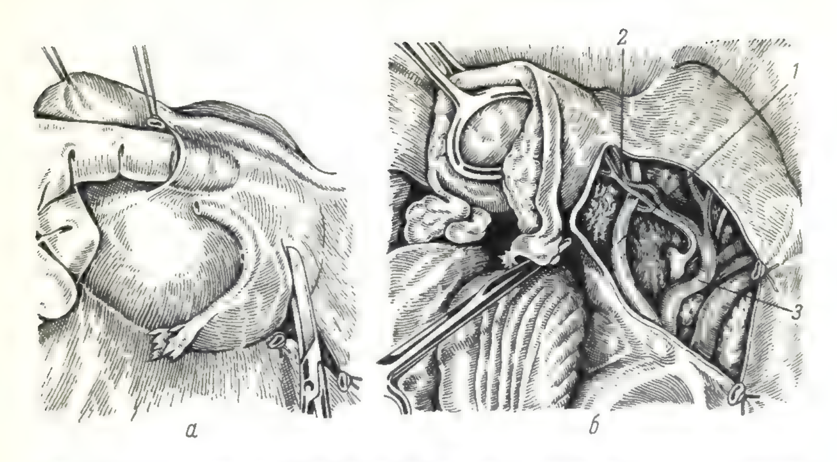


Рис. 81. Удаление интралигаментарно расположенной кисты (справа) яичника.

а — начальный этап выделения кисты через разрез переднего листка широкой связки; *б* — ложе кисты яичника после ее выделения: *1* — мочеточник, *2* — маточные артерия и вена, *3* — подчревная артерия.

брюшной полости и брюшную рану ушивают послойно наглухо.

Удаление параовариальных кист. Эти кисты носят ретенционный характер и развиваются из эмбриональных остатков вольфова тела и каналов. По расположению и направленности роста параовариальные кисты напоминают интралигаментарные.

Известно, что в начале эмбрионального периода у зародыша закладываются элементы женского и мужского пола и только в процессе дальнейшего развития органы дифференцируются в отношении пола. При формировании зародыша по женскому типу развиваются женские половые органы (трубы, матка, яичники, влагалище), в то время как зачатки мужских половых органов (вольфово тело и канал) редуцируются. В женском организме эти элементы сохраняются в виде рудиментарных образований (параоварий). Однако в ряде случаев они в некоторых участках не подвергаются полной редукции и превращаются с течением времени в кистозные образования (рис. 82).

В формировании параовариальной кисты яичник не принимает участия. Такие кисты располагаются всегда между листками широкой связки, но, выпячиваясь кнаружи, могут приобретать ножку. Размер их обычно невелик, но иногда кисты могут достигать и значительной величины. Параовариальная киста всегда имеет одну тонкостенную камеру, содержимое которой большей частью прозрачно. Клинически такая киста ничем не проявляется и носит вполне доброка-

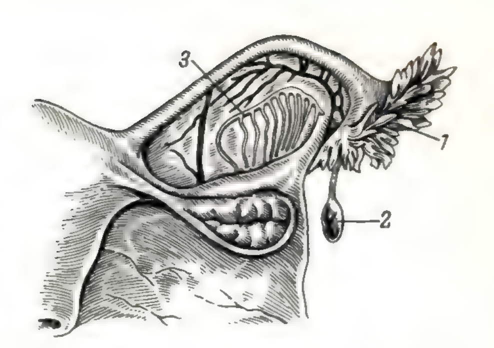


Рис. 82. Схема области придатков матки (половозрелое развитие). Взаимоотношения трубы, яичника и параовария.

1 — фимбрии трубы, *2* — гидатида, *3* — параоварий.

чественный характер. Истинная природа образования устанавливается только на операционном столе.

Техника операции. Удаление параовариальной кисты не представляет трудности, особенно в тех случаях, когда имеется ножка, которую пережимают, пересекают и лигируют. В зависимости от расположения культи ножки перитонизация обеспечивается либо складкой заднего листка широкой связки, либо путем перекрытия ее круглой связкой обычным способом.

Несколько сложнее техника удаления такой кисты при ее близком соседстве с яичником. В этих случаях удаление кисты напоминает резекцию яичника. Еще сложнее техника удаления кисты при интралигаментарном ее расположении. Удаление производится по типу выделения интралигаментарной кисты со всеми особенностями техники и оперативных приемов, принятых в этих случаях.

Маточная труба с одноименной поражению стороны обычно бывает распластана на кисте и нередко ее отделение сопряжено с большой травмой. Поэтому, если возможность сохранения трубы исключается, ее удаляют вместе с кистой.

Овариэктомия при беременности. Сочетание беременности с кистой яичника встречается относительно редко.

Такое сочетание особенно неблагоприятно, так как во время беременности, как известно, повышается кровенаполнение органов таза и, следовательно, могут возникнуть условия, способствующие быстрому росту кисты. Известно также, что с увеличением размеров беременной матки и перемещением ее из полости малого таза в брюшную создаются условия для перекручивания ножки кисты. Наконец, несмотря на рост беременной матки, опухоль может остаться в полости малого таза. В этих случаях возможно ущемление ее в тазу с развитием клинической картины острого живота. С другой стороны, киста, расположенная в малом тазу, может препятствовать продвижению плода во время родов.

Ввиду возможности осложнений любую кисту яичника необходимо удалить, как только она будет обнаружена. В



Рис. 83. Разъединение спаек между маткой и сальником.

1, 2 — **обработка культи сальника.**

связи с тем что беременных рано берут на учет, кисты яичников обычно диагностируются в первые недели беременности.

Оперированные по поводу кисты беременные нуждаются в специальных мероприятиях, способствующих сохранению и развитию беременности. К последним могут быть отнесены строгий постельный режим, назначение препаратов опия, прогестерона и других лекарственных веществ, обеспечивающих снижение тонуса матки. Все мероприятия проводятся в течение 2—3 нед после операции.

Техника операции. Удаление кисты яичника во время беременности не отличается от обычного вмешательства, за исключением того, что выполнять все хирургические приемы следует очень осторожно, чтобы не травмировать матку.

Удаление кист яичников, осложненных сращениями. Спаечные образования между органами малого таза и брюшной полостью в гинекологической практике встречаются сравнительно часто.

Сращения и спайки могут располагаться между маткой и ее придатками, сальником, петлями кишечника, аппендиксом и париетальной брюшиной. Иногда, будучи рыхлыми, они образуются на небольших участках или, наоборот, представляются довольно плотными, особенно с сальником, с которым образуются сосудистые связи. В малом тазу встречаются довольно обширные сращения, главным образом с париетальной брюшиной, нередко затрудняющие вскрытие брюшной полости и доступ к органам.

В этих случаях продолжают разрез выше пупка, обходя его слева. Затем рассекают брюшину в свободном месте и только после этого, осторожно передвигаясь книзу, постепенно отделяют припаявшиеся органы. По вскрытии брюшной полости

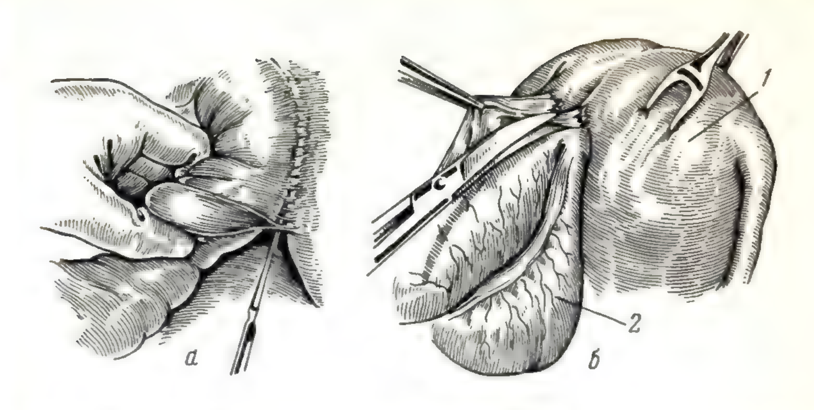


Рис. 84. Различные способы острого отделения кишки от опухоли.
а — разъединение сращений между половыми органами и петлей тонкой кишки; *б* — разъединение ножницами сращений между маткой и толстой кишкой: *1* — матка, *2* — сигмовидная кишка.

после тщательного осмотра органов приступают к дальнейшему разъединению спаек и сращений. Сращение половых органов с сальником — явление сравнительно частое. Свежие, недавно образовавшиеся сращения обычно бывают рыхлыми и отделение сальника не представляет затруднений. Однако чаще приходится встречать достаточно обширные и плотные сращения, в которых уже сформировались сосудистые связи между сальником и, например, кистой яичника. Нужно отметить, что сосудистые связи с сальником формируются довольно быстро. Это следует иметь в виду при разъединении спаек. Технически отделение сальника осуществляется относительно просто (рис. 83). Постепенно на отдельные участки сальника в области сращения накладывают встречные зажимы, после чего сальник отсекают и перевязывают культю. При ушивании сальника необходимо следить, чтобы в нем не оставалось отверстий, в которые могли бы затем проскользнуть и ущемиться петли кишечника. Центральные концы отделенного сальника, даже если сращения оказались рыхлыми, нужно тщательно осмотреть и лигировать. При плотных сращениях сальника нецелесообразно отделять его от половых органов, а лучше рассечь между двумя лигатурами на некотором расстоянии от места сращения. После разъединения сращений с сальником, при отсутствии других затруднений, удаление кисты яичника производится обычным путем.

Сращения половых органов с петлями кишечника могут представлять бо́льшую трудность при удалении кисты, чем

сращения с сальником. Рыхлые сращения на ограниченных участках кишки следует разъединять очень осторожно, желательно тупым путем и как исключение — острым (рис. 84, а,б). После удаления кишки необходимо внимательно осмотреть ее поверхность и все десерозированные участки сразу ушить тонкими шелковыми швами на круглой игле.

Могут встретиться значительно более плотные спайки между кистой и кишкой, разъединение которых без нанесения значительной травмы кишке невозможно. В этих случаях поступают по-разному, в зависимости от опыта хирурга: либо оставляют на стенке кишки часть капсулы, либо производят резекцию участка кишки, интимно прилегающего к опухоли, с последующим наложением анастомоза конец в конец или бок в бок.

Если принято решение резецировать часть кишки, следует уточнить ход сосудов в брыжейке в области предполагаемой резекции и выбрать такие условия, при которых оба конца кишки (центральный и периферический) после резекции имели бы достаточно хорошее кровоснабжение. В противном случае возможно развитие некроза и несостоятельности анастомоза. При выполнении анастомоза бок в бок необходимо также уточнить направление движения в кишечнике с тем, чтобы не соединять две петли, имеющие противоположное направление движения.

Ниже рассмотрены основные этапы резекции кишки.

Резекция кишки и наложение анастомоза конец в конец. В пределах резецируемого участка кишки лигируют сосуды брыжейки и рассекают ее, но оставляют в связи с удаляемой частью кишки. Мягкими кишечными жомами резецируемый участок пережимают с обеих сторон, затем иссекают и удаляют с брыжейкой. Перед пересечением просвета кишки следует наложить добавочные зажимы на концы удаляемого участка с тем, чтобы содержимое кишки не попало в область операционного поля.

Края просвета оставшихся отделов кишки осторожно высушивают марлевыми тампонами и оба отрезка укладывают на марлевую салфетку рядом. Круглой тонкой иглой (прямой или изогнутой), заправленной шелковой нитью, непрерывным швом соединяют серозные слои обоих отрезков по задней поверхности. По окончании ушивания на задней поверхности концы лигатур берут на зажимы. Затем такой же иглой непрерывным швом сшивают мышечные края просветов кишки сначала по задней стенке, а затем по кругу, переходя на переднюю (рис. 85). Этим швом восстанавливается целость кишечной трубки на резецированном участке. Дальше продолжается ушивание первой лигатуры, наложенной вначале на серозные поверхности задней стороны, постепенно переходя

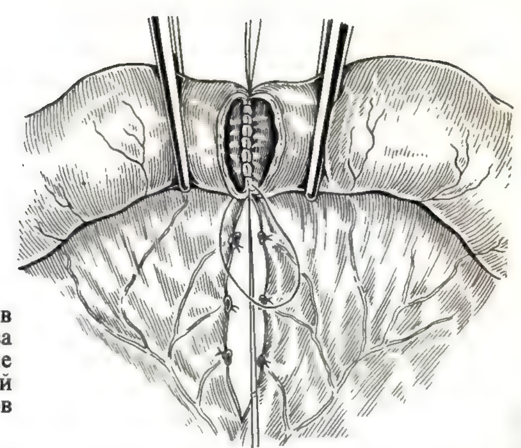


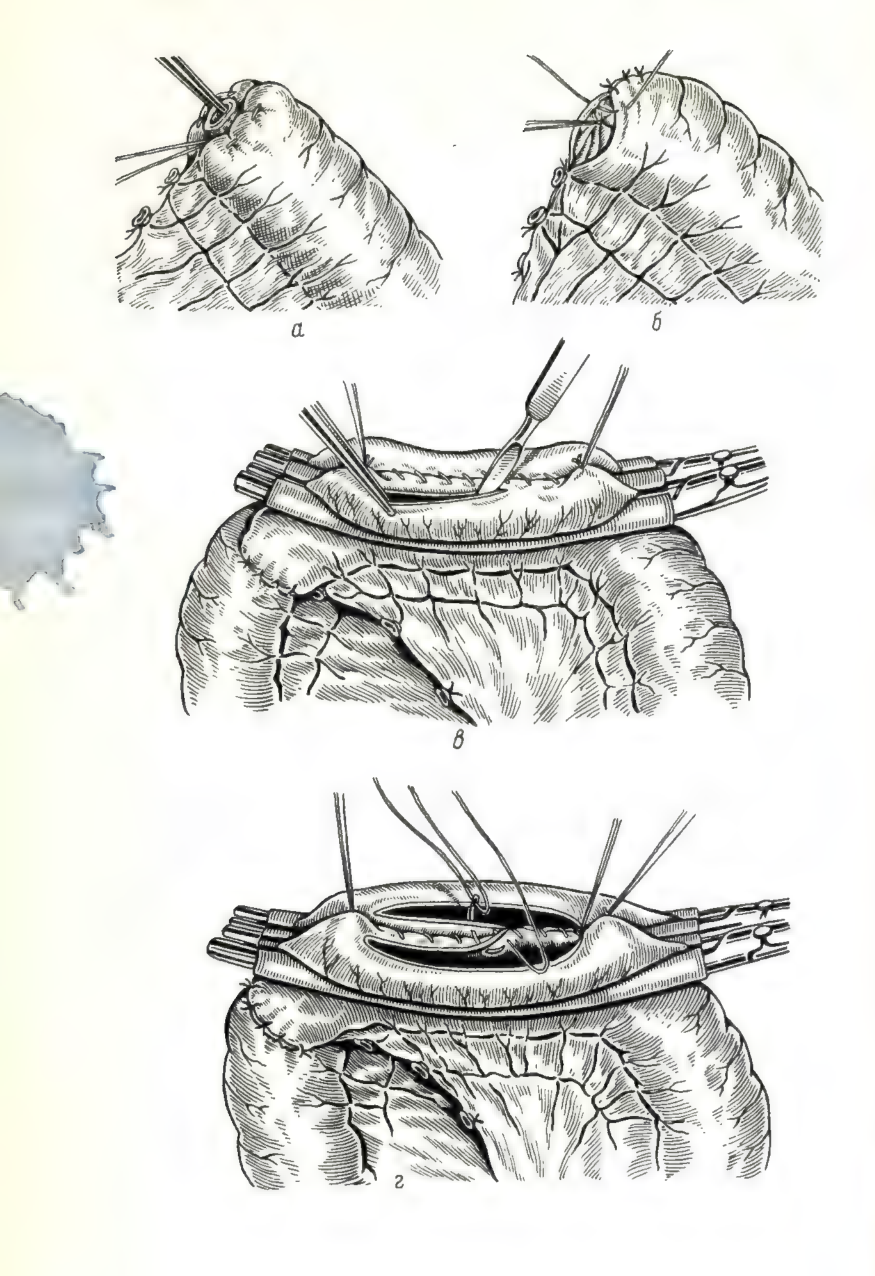
Рис. 85. Один из этапов наложения анастомоза конец в конец. Сшивание задних краев мышечной стенки обоих концов кишки.

вкруговую на переднюю поверхность кишки. Этим швом по существу соединяются серозные поверхности двух оставшихся концов кишечной трубки. Таким образом, концы кишки оказываются соединенными двумя этажами швов: внутренним мышечно-мышечным и наружным серо-серозным.

Для того чтобы убедиться в достаточности просвета созданного анастомоза, можно использовать прием ощупывания этого места I и II пальцами, сравнивая размеры полученного кольца с ближайшими отделами той же кишки. После этого отдельными швами соединяют края рассеченной брыжейки таким образом, чтобы между ними не оставалось щелей, в которые могли бы проскользнуть петли кишки или сальник.

А н а с т о м о з б о к в б о к. Технически эта операция выполняется в той же последовательности. Целесообразно начать рассмотрение операции с этапа наложения самого анастомоза, считая, что резекция кишки уже выполнена. В отличие от анастомоза конец в конец в этом случае в качестве первого этапа производится глухое ушивание обоих концов резецированной кишки путем двухэтажного наложения швов (рис. 86, а,б).

Следующий этап состоит в сшивании концов кишки. Для этого оба ушитых конца кишки укладывают рядом на марлевую салфетку. Мягкими зажимами продольно захватывают верхние части кишки обоих отрезков так, чтобы над зажимами находились участки кишки длиной 7—8 см. Серозные поверхности обоих отрезков сшивают вместе отдельными швами на всем протяжении захваченных в зажимы участков кишки


а
б
в
г

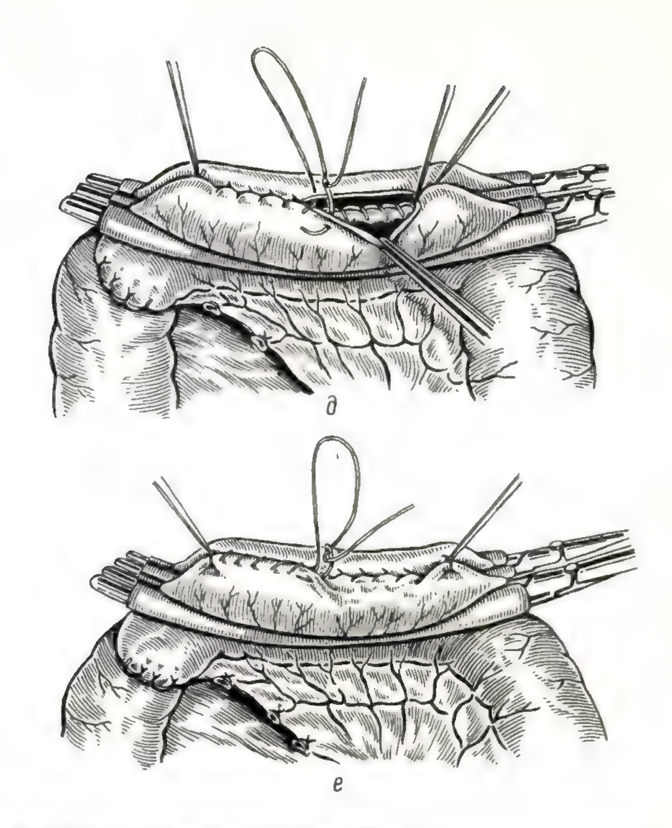


Рис. 86. Наложение анастомоза бок в бок.

а — ушивание конца кишки после резекции кисетным швом с погружением культи внутрь (первый этап); *б* — наложение второго этапа отдельных швов на конец кишки; *в* — сближение отрезков кишечника и сшивание серо-серозным швом по задней поверхности, в пределах намеченного анастомоза; вскрытие просветов обоих участков кишки; *г* — сшивание непрерывным швом внутренних (соседних) краев петель кишечника; *д* — сшивание (вкруговую) наружных краев петель кишечника; *е* — продолжение наложения (вкруговую) серо-серозного шва на наружные поверхности созданного анастомоза.

(рис. 86,в). Несколько отступя от наложенного шва, оба отрезка кишки рассекают вдоль на таком же протяжении. При этом вскрывается просвет кишки.

Мышечные слои рядом лежащих краев вскрытых отрезков кишки сшивают вместе отдельными шелковыми швами (рис. 86,г). Затем сшивание краев продолжают, обходя вокруг созданные просветы (рис. 86,д). Этими швами создается широкое сообщение просветов обоих отрезков кишки. Конечный этап состоит в том, что поверх уже созданного анастомоза накладывают второй этаж серо-серозных швов, теперь уже

только над первым (верхним) швом (рис. 86,е). После создания анастомоза снимают жомы, проверяют проходимость его и достаточность просвета.

По окончании манипуляций на кишке можно приступать к выполнению основной операции на половых органах.

Сращения половых органов с червеобразным отростком. Необходимость выполнения вмешательств на аппендиксе во время операций на половых органах встречается значительно чаще, чем на кишке, так как отросток нередко располагается в области придатков матки.

Возможно, что анатомическая близость червеобразного отростка и правых придатков матки является частой причиной воспалительных заболеваний этих двух органов. По-видимому, с этим же обстоятельством связано более частое возникновение правосторонней трубной беременности по сравнению с левосторонней. По статическим данным аппендицит у женщин встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин, и значительно чаще возникают ошибки в дифференциальной диагностике между аппендицитом и воспалением придатков матки. Поэтому, готовясь к гинекологической операции, следует предвидеть возможность обнаружения измененного отростка и сращений его с придатками, особенно у больных, перенесших воспалительные заболевания гениталий. Опыт показывает, что сращения половых органов (опухоли яичников, матки, труб) с червеобразным отростком — явление действительно нередкое, причем в ряде случаев они могут быть весьма интимными. Оставлять патологически измененный червеобразный отросток не следует, так как в дальнейшем это может служить причиной повторной операции.

Удаление червеобразного отростка рекомендуется производить по окончании основной гинекологической операции. Вместе с тем могут быть условия, при которых первым этапом приходится удалять червеобразный отросток и только после этого удается приступить к выполнению основной гинекологической операции (рис. 87,а).

Аппендэктомия. Технически удаление червеобразного отростка (appendectomia) производится в определенной последовательности. Осторожно высвобождают брыжейку отростка для более удобного лигирования и рассечения. Рассекать брыжейку удобнее отдельными участками, так как длина отростка может быть различной (оставление толстой культи брыжейки опасно из-за возможности соскальзывания лигатуры и возникновения кровотечения). По мере рассечения брыжейку поэтапно лигируют и выделяют (мобилизуют) червеобразный отросток вплоть до места отхождения его от слепой кишки (рис. 87,б).

Червеобразный отросток, отделенный от брыжейки, приподнимают, а его основание сдавливают зажимами Кохера в двух местах: одним — непосредственно у основания, дру-

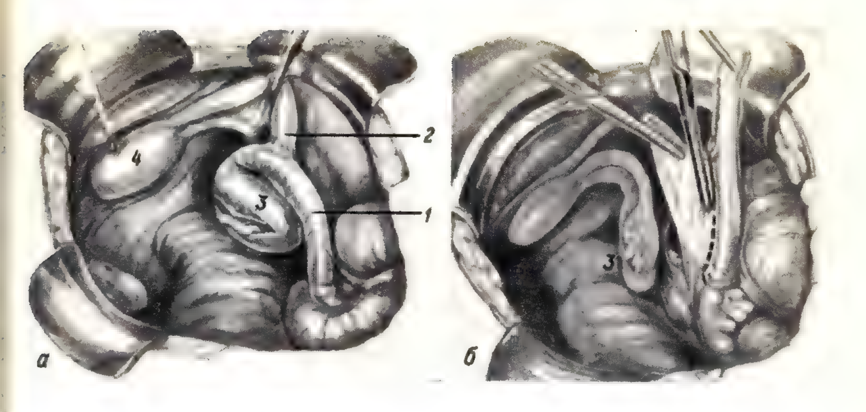


Рис. 87. Сращение аппендикса с правыми придатками матки.

а — воспалительно измененный червеобразный отросток подпаян к трубе: *1* — отросток, *2* — труба, *3* — правый яичник; *4* — матка; *б* — поэтапное рассечение брыжейки для отделения отростка.

гим — примерно на 1 см выше. Зажим, наложенный у основания, снимают, а сдавленное им место туго перевязывают шелковой лигатурой. Затем до отсечения отростка, отступя на 1,5—2 см, вокруг его основания через серозную оболочку кишки накладывают, но не затягивают шелковый кисетный шов (рис. 88, а). Острым скальпелем между лигатурой на аппендиксе и зажимом Кохера отросток отсекают[1]. Культю отростка высушивают марлевым шариком и прижигают чистым жидким фенолом или 10% настойкой йода. После этого культю аппендикса захватывают анатомическим пинцетом и погружают в стенку кишки; одновременно затягивают кисетный шов. Таким образом изолируется культя отростка от брюшной полости (рис. 88, б). Затянутый кисетный шов прикрывают вторым этажом серо-серозного шва.

Если удаление червеобразного отростка производилось по окончании гинекологической операции, брюшную полость закрывают послойно наглухо. Если аппендэктомия выполнялась как первый этап, переходят к реализации основной операции.

Удаление мешотчатых (опухолевидных) образований придатков матки воспалительной этиологии. Половые органы женщины вследствие их анатомических и функциональных особенностей подвержены различным воспалительным заболеваниям. Лечение их в большинстве случаев осуществляется консервативными методами. Вместе с тем иногда развиваются

[1] После отсечения аппендикса этим ножом и пинцетами пользоваться на протяжении остальных этапов операции не следует.

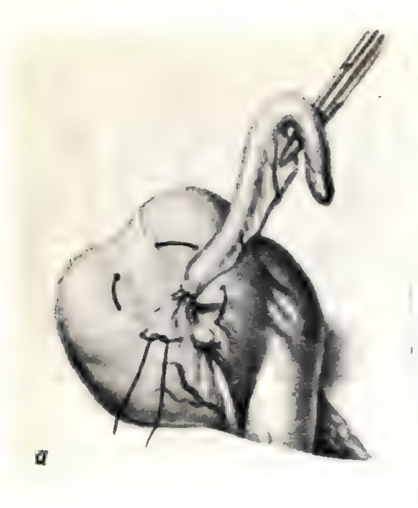




Рис. 88. Аппендэктомия.

а — мобилизованный отросток перевязан у основания, вокруг него наложен кисетный серо-серозный шов; *б* — аппендикс удален, культя отростка погружена кисетным швом.

воспалительные процессы, которые приводят к существенным и необратимым изменениям в половых органах, главным образом в трубах и яичниках (рис. 89). В этих случаях даже длительные и систематические консервативные мероприятия, как правило, не дают эффекта. Между тем такое заболевание отражается на самочувствии и общем состоянии здоровья женщины, так как воспалительные процессы ведут к хронической интоксикации и склонны к периодическим обострениям. Учитывая это, вполне обоснованно ставить вопрос о хирургическом лечении, т. е. об удалении патологически измененного органа. Изучение клиники воспалительных заболеваний придатков матки показывает, что в подобных случаях оперативный метод лечения женщин наиболее эффективен. Опыт свидетельствует также о том, что при двустороннем поражении придатков матки хирургический метод лечения больных обеспечивает необходимый результат только в том случае, если мешотчатые образования будут удалены вместе с маткой. Вмешательство состоит в дефундации (резекция верхней части матки) или надвлагалищной ампутации матки. Реже может ставиться вопрос об экстирпации матки, которая выполняется при наличии одновременно и заболевания шейки матки, требующего самостоятельного хирургического лечения.

Техника удаления мешотчатых образований придатков матки (с одной или обеих сторон) отличается разнообразием приемов высвобождения их из сращений с соседними органами. Эти этапы операции могут быть выполнены сравнительно легко или потребовать больших усилий и опыта. Остальные

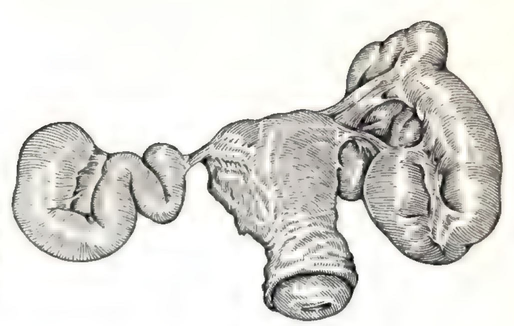


Рис. 89. Препарат удаленной матки с воспалительно измененными придатками (мешотчатые образования).

этапы операции не отличаются от удаления опухолей яичников или дефундации, надвлагалищной ампутации, а также экстирпации матки.

Глава 11

ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ

Общие замечания. Хирургические вмешательства, предпринимаемые по поводу заболеваний матки, по частоте занимают одно из первых мест. Показаниями к операции могут служить самые разнообразные заболевания как самой матки (фибромиома, рак, саркома, трофобластическая болезнь и др.), так и придатков (киста, рак яичников и труб, мешотчатые опухоли придатков и др.). Разнообразие причин, диктующих необходимость хирургического лечения, предусматривает выполнение различного объема вмешательств на матке. В одних случаях оно ограничивается энуклеацией одиночных фиброматозных узлов либо дефундацией или надвлагалищной ампутацией матки, в других может потребоваться экстирпация матки или сочетание ее с удалением придатков. Оперативное вмешательство, связанное с выполнением ампутации матки, может быть также различным по объему: в одних случаях эта операция носит консервативный характер, т. е. предусматривается удаление только дна матки (дефундация); при этом оставляют часть тела матки с эндометрием, благодаря чему у оперированной сохраняются менструации. При надвлагалищной ампутации тело матки удаляют полностью, поэтому менструации после операции отсутствуют. Ряд заболеваний матки (например, фибромиома) не всегда требует выполнения надвлагалищной ампутации. Поэтому в тех случаях, когда можно ограничиться экономным вмешательством, особенно у молодых женщин, часть матки с эндометрием следует

сохранить. Если заболевание матки или придатков носит злокачественный характер, возраст больной не может иметь значения при определении объема вмешательства. Объем хирургического вмешательства на матке, таким образом, должен быть адекватным характеру заболевания.

Опыт показывает, что в большинстве случаев при ампутации матки можно оставить небольшую часть нижнего отдела тела с эндометрием и сформировать небольшую «матку», удалив только одну из ее стенок (вместе с узлами) и за счет перегиба другой стенки создать функционирующий орган. Вполне понятно, что после таких пластических операций беременность невозможна.

Существенного внимания заслуживает вопрос об удалении или оставлении маточных труб в тех случаях, когда частичное или полное удаление матки производится у молодых женщин. Ответ на этот вопрос не может быть однозначным. Решение его следует связывать прежде всего с характером заболевания, по поводу которого предпринимается хирургическое вмешательство. Вопрос о сохранении труб или яичников отпадает, если операция производится по поводу злокачественного заболевания матки. В этих случаях придатки должны быть удалены вместе с маткой, несмотря на возраст больной. Наоборот, если надвлагалищная ампутация или экстирпация матки предпринимается по поводу доброкачественных процессов (фибромиома и др.), трубы по возможности лучше сохранить, особенно в тех случаях, когда оставляются яичники. Оставление труб предупреждает нарушение сосудистых и нервных связей яичников и способствует сохранению их функции.

При удалении матки необходимо учитывать ее взаимоотношения с мочеточником и мочевым пузырем. Ранение их возможно при экстирпации матки или удалении интралигаментарно расположенной миомы. При вылущивании узла легко может быть травмирован мочеточник, располагающийся в основании его ложа. Положение мочеточника после вылущения межсвязочно расположенного узла показано на рис. 90.

Чаще всего ранения мочеточников при экстирпации матки происходят в момент пересечения и перевязки сосудов матки. Вследствие технических особенностей операции перевязка этих сосудов должна быть произведена в области, в которой под ними проходят нижние (тазовые) отделы мочеточников (рис. 91). Поэтому лигирование маточных сосудов вблизи шейки и воронкотазовых связок в области яичников нужно выполнять очень внимательно, так как в этих местах ранение мочеточников происходит наиболее часто.

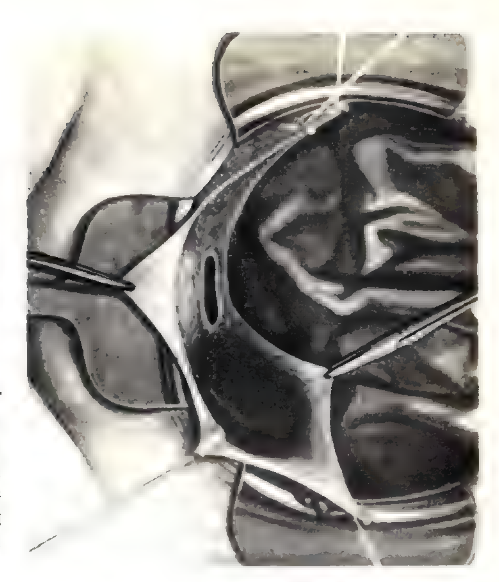


Рис. 90. Этап удаления интралигаментарно расположенной миомы матки: матка с интралигаментарным узлом удалена, в глубине между листками широкой связки (ложе опухоли) виден мочеточник.

Операции на матке по поводу фибромиомы. Фибромиома матки — одно из наиболее частых заболеваний женщин, которое по существу нужно относить к пролифератам, так как развитие этих процессов в основном связано с гормональной стимуляцией. Очень часто фибромиома матки сочетается с текаматозом яичников или их кистозной дегенерацией.

Клиническая картина заболевания в большинстве случаев обусловлена осложняющими факторами, из которых наиболее существенным является характер расположения и роста фиброматозных узлов. Эти факторы определяют выраженность геморрагического синдрома и ряд других клинических проявлений, на основании которых устанавливаются показания к хирургическому вмешательству. Вопрос об оперативном лечении фибромиомы может ставиться только в том случае, если опухоль имеет выраженную клинику, характеризующуюся достаточно быстрым ростом опухоли, длительными и изнуряющими маточными кровотечениями, дизурическими расстройствами или болевым синдромом. Выраженная клиническая картина заболевания чаще всего связана с подслизистой формой роста узлов.

Нередко, однако, женщины с большими опухолями матки могут не знать об их существовании, так как фибромиома ничем не проявляется. С другой стороны, опухоли небольших размеров могут сопровождаться обильными кровопотерями во время менструаций.

При решении вопроса о целесообразности хирургического лечения и выборе метода операции следует учитывать не только наличие опухоли, но и клинические проявления заболевания, в оценке которых особого внимания заслуживает

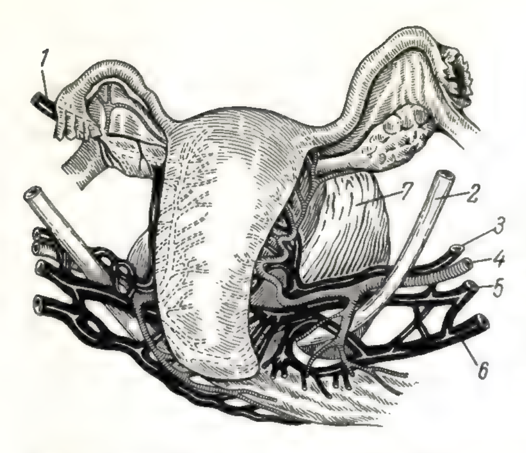


Рис. 91. Схематическое изображение положения матки и проходящих вблизи ее сосудов и мочеточника (вид сзади).

1 — яичниковая вена; *2* — мочеточник правой стороны; *3* — поверхностные вены матки; *4* — маточная артерия; *5* — глубокие вены матки; *6* — маточная вена; *7* — мочевой пузырь.

направленность роста узлов. Например, если у женщины в возрасте, близком к климактерическому, операция предпринимается по поводу интерстициальной фибромиомы матки, то имеются убедительные основания для надвлагалищной ампутации матки. Наоборот, у молодых женщин по возможности следует стремиться ограничиться энуклеацией узлов или хотя бы оставить часть матки для сохранения менструальной функции. Между тем быстрый рост опухоли, отмеченный в любом возрасте, всегда должен оцениваться весьма серьезно, так как этот симптом характерен для злокачественных форм фибромиомы (фибросаркома). Экстирпация матки при фибромиомах производится в исключительных случаях, когда к этому имеются обоснованные показания; к их числу обычно относится сочетание фибромиомы с заболеваниями шейки матки, подлежащими хирургическому лечению. Таким образом, при лечении каждой больной, страдающей фибромиомой матки, необходим индивидуальный подход с оценкой всех клинических факторов и технической возможности выполнения той или иной по объему операции.

Энуклеация фиброматозных узлов (enucleatio noduli fibroma). Эта операция особых технических трудностей не представляет и может производиться либо самостоятельно, когда она планируется как основное лечебное мероприятие, либо как сопутствующая, например при кесаревом сечении.

Консервативная операция (энуклеация) должна выполняться с соблюдением определенных условий. Так, после рассечения капсулы узла его выделение следует производить без излишней травмы окружающих тканей. При ушивании ложа узла лигатуры не должны проводиться через слизистую оболочку.

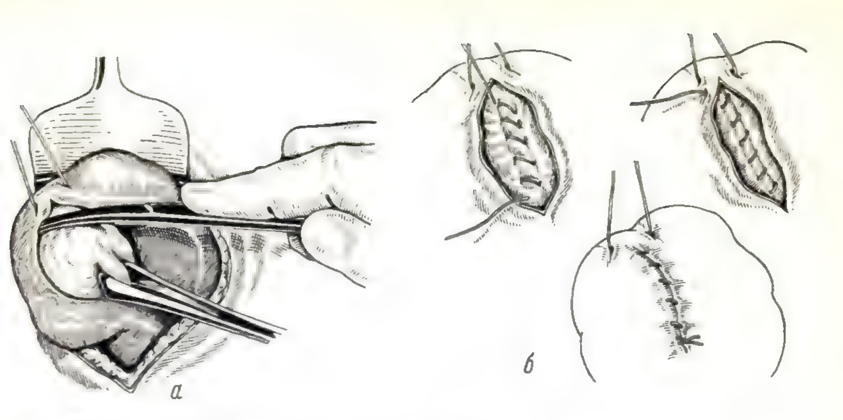


Рис. 92. Удаление интерстициального узла.
а — один из этапов вылущивания узла; *б* — ушивание раны (ложа) в несколько этажей.

Нарушение последнего условия может привести к формированию внутреннего эндометриоза.

Если энуклеация узлов сочетается с кесаревым сечением, удалению подлежат только фиброматозные узлы, располагающиеся поверхностно, выделение которых не связано с рассечением глубоких слоев стенки матки, так как при вылущивании глубокозалегающих узлов можно легко проникнуть в полость матки и создать условия для попадания в рану инфекции.

Техника операции. По вскрытии брюшной полости матку подтягивают к брюшной ране и фиксируют в удобном положении. Над узлом достаточно широко рассекают капсулу, чтобы выделение узла не встречало препятствий. Показавшийся в отверстии рассеченной капсулы узел захватывают пулевыми щипцами, зажимом Кохера или штопором и подтягивают на поверхность матки. Затем острым или тупым путем постепенно и осторожно узел отсепаровывают и извлекают наружу (рис. 92,а).

Рану (ложе) ушивают отдельными узловыми кетгутовыми швами в 2—3 этажа (мышечно-мышечный, мышечно-серозный, серо-серозный) в зависимости от величины удаленного узла и глубины раны (рис. 92,б). Брюшную рану ушивают послойно, наглухо.

Дефундация (резекция) матки (defundatio uteri). Этот вид операции на матке самостоятельно производится сравнительно редко. Прибегают к ней в тех случаях, когда множественные фиброматозные узлы, располагающиеся в дне матки, нерационально вылущивать отдельно.

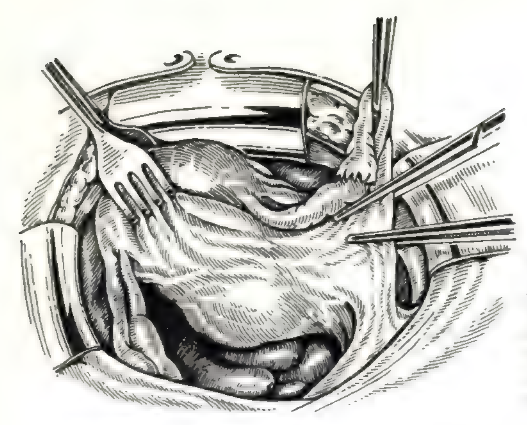


Рис. 93. Начальный этап дефундации матки с односторонним удалением придатков; наложение зажимов на воронко-тазовую связку и брыжейку яичника.

Техника операции. Дефундация матки (без придатков) производится следующим образом. Круглые связки матки и собственные связки вместе с маточными концами труб пережимают зажимами с обеих сторон. Между зажимами связки рассекают и центральные концы их лигируют кетгутом. В пределах границы предполагаемой дефундации круглые связки и собственные связки яичника с трубами слегка отслаивают книзу. На этом уровне у ребер матки пересекают и лигируют маточные сосуды. По подготовленной границе дно матки отсекают. При этом разрез на передней и задней стенках матки следует несколько скосить кнутри для более удобного совмещения раневых поверхностей при наложении швов. Рану матки ушивают отдельными кетгутовыми швами в несколько этажей, как это делается при ушивании ложа после энуклеации узла, с той лишь разницей, что при дефундации концы лигированных связок и труб (круглые, собственные яичника) подтягивают к углам маточной раны, вводят в просвет раны (после наложения швов первого этажа) и закрепляют швами в ране. Затем накладывают второй этаж швов и третий — серо-серозный. При необходимости может быть произведена дополнительная перитонизация.

Если дефундация матки предпринимается по поводу мешотчатых образований придатков, то техническое выполнение операции будет зависить от того, удаляются ли придатки с обеих сторон или только с одной. Если они удаляются с одной стороны, то на стороне здоровых придатков оперируют аналогично тому, как было описано выше. На стороне удаляемых придатков операция проводится в определенной последовательности. Матку с расправленными придатками от-

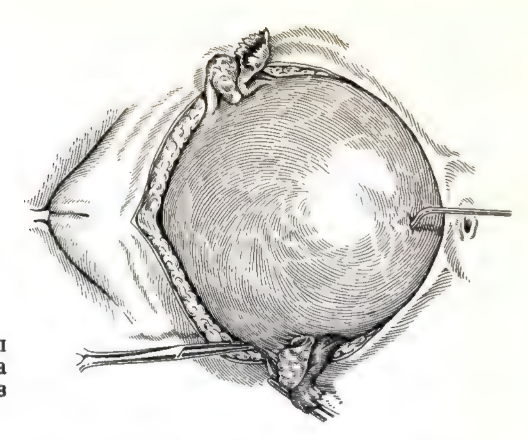


Рис. 94. Начальный этап ампутации матки. Матка подтянута штопором в брюшную рану.

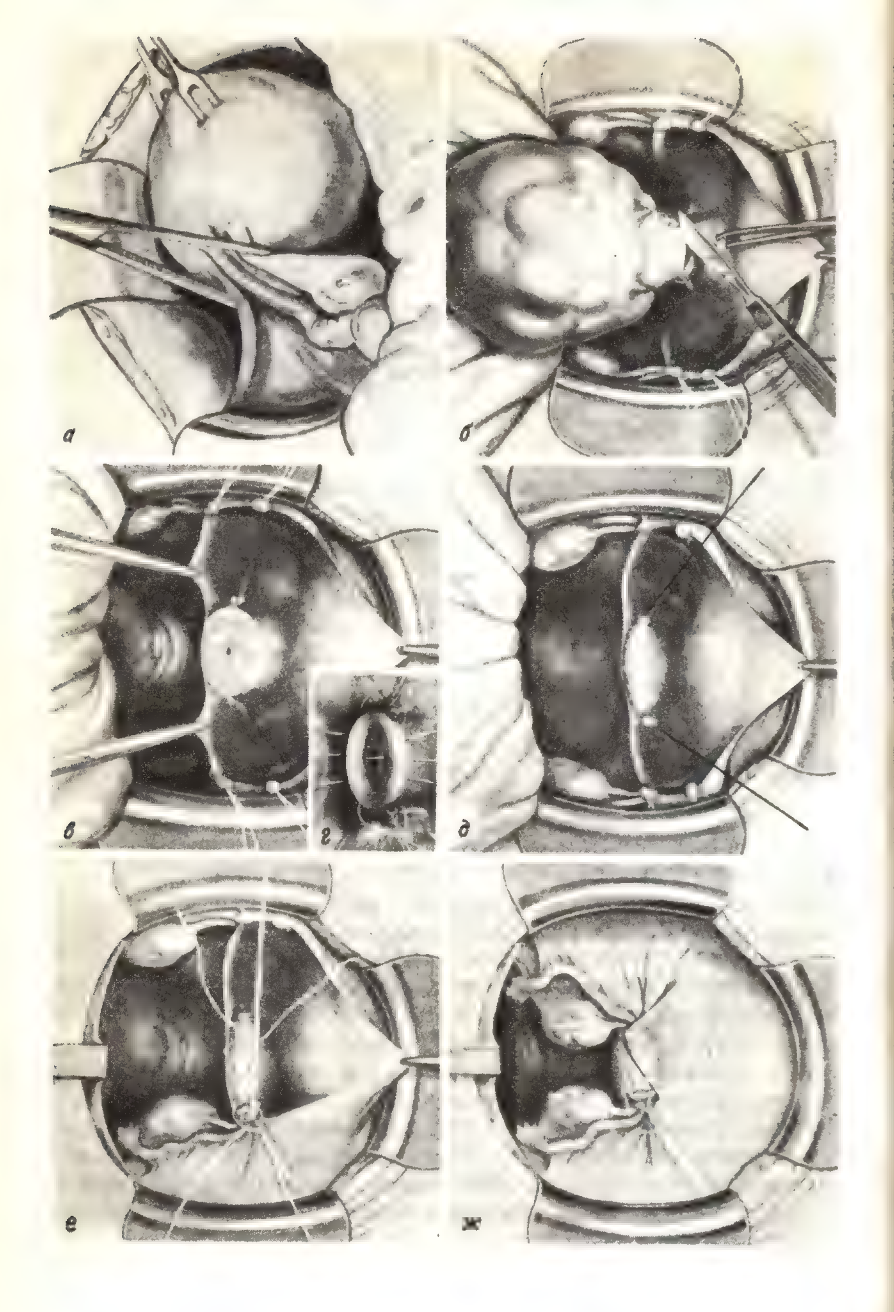
водят в противоположную сторону (рис. 93). Затем накладывают зажимы на воронкотазовую связку, мезосальпинкс (до ребра матки) и круглую связку матки. Между зажимами связки рассекают и центральные концы их лигируют кетгутом. Все остальные этапы резекции дна матки обычные.

Вводят в угол раны лигированные культи придатков и рану матки ушивают. Область удаленных придатков перитонизируют круглой связкой той же стороны. По окончании операции брюшную рану ушивают послойно наглухо.

Если операция предпринималась по поводу гнойного процесса, следует уточнить возможность закрытия брюшной полости наглухо. В сомнительных случаях целесообразно установить в брюшную полость дренажную трубку для последующего введения антибиотиков или марлевый тампон для отведения воспалительного экссудата; концы дренажей выводят в нижний угол брюшной раны.

Надвлагалищная ампутация матки (amputatio uteri supravaginalis). Ампутация матки может производиться с придатками с одной или обеих сторон или без удаления. В зависимости от этого технические детали операции будут несколько различаться. Ниже рассмотрен вариант надвлагалищной ампутации матки без удаления придатков.

После вскрытия брюшной полости и ревизии органов петли кишечника и сальник отграничивают теплой марлевой салфеткой, один из концов которой закрепляют на операционном белье. Если в области малого таза имеются спайки и сращения, их следует разъединить. Дно матки может быть захвачено штопором, пулевыми щипцами или взято на провизорную лигатуру. Матку подтягивают к брюшной ране (рис. 94). По выведении матки накладывают зажимы на круглые связки,


а
б
в
г
д
е
ж

собственные связки яичника и маточные концы труб. Между зажимами связки рассекают, а центральные концы их лигируют кетгутом (рис. 95, *а*).

Рассеченные круглые связки разводят за лигатуры несколько в стороны и по переходной складке рассекают брюшину. Тупым путем нижний край ее вместе с мочевым пузырем отводят книзу. Одновременно отодвигают ткани параметрия с тем, чтобы освободить область внутреннего зева матки. На задней поверхности матки рассекают брюшину. При этом разрез ее соединяют с культями собственных связок яичников. Край брюшины несколько отсепаровывают книзу. С обеих сторон на уровне внутреннего зева ближе к шейке матки пережимают и пересекают маточные сосуды. Концы их лигируют прочным кетгутом или шелком (рис. 95, *б*). Концы сосудов следует оставить достаточно длинными для того, чтобы их можно было погрузить в рану культи шейки матки. Делается это для предупреждения возможного соскальзывания лигатур и возникновения кровотечения из маточных сосудов. После этого этапа тело матки отсекают на уровне внутреннего зева, несколько выше лигированных маточных сосудов (рис. 95,*б*). Культю шейки захватывают зажимами (лучше пулевыми щипцами) и подтягивают кверху. Область шеечного канала культи шейки смазывают 10% настойкой йода (рис. 95,*в*). Культю шейки ушивают отдельными узловыми кетгутовыми швами, причем первый шов целесообразно наложить над областью канала, а последующие — по сторонам от первого (рис. 95,*г*). К углам культи шейки подтягивают (без натяжения) концы перевязанных маточных сосудов и погружают в рану, в которой фиксируют их дополнительными лигатурами (рис. 95,*д*).

Перитонизация культи шейки матки осуществляется путем сближения непрерывным кетгутовым швом заднего и переднего листков серозной оболочки матки; культи придатков погружают между листками широкой связки кисетными швами (рис. 95,е,ж). Производят туалет брюшной полости и брюшную рану ушивают послойно, наглухо.

Если надвлагалищная ампутация матки производится при интралигаментарном расположении узла миомы, основные этапы ее остаются теми же, но начальный будет сводиться

←

Рис. 95. Надвлагалищная ампутация матки.

а — начальный этап: захватывание зажимами собственной связки яичника (круглой) и маточного конца трубы справа; *б* — отсечение матки на уровне внутреннего зева; *в* — культя шейки после отсечения тела матки; *г* — этап ушивания культи шейки матки; *д* — культя шейки полностью ушита; *е* — начало перитонизации культей путем сшивания переднего и заднего листков брюшины; *ж* — конец перитонизации.

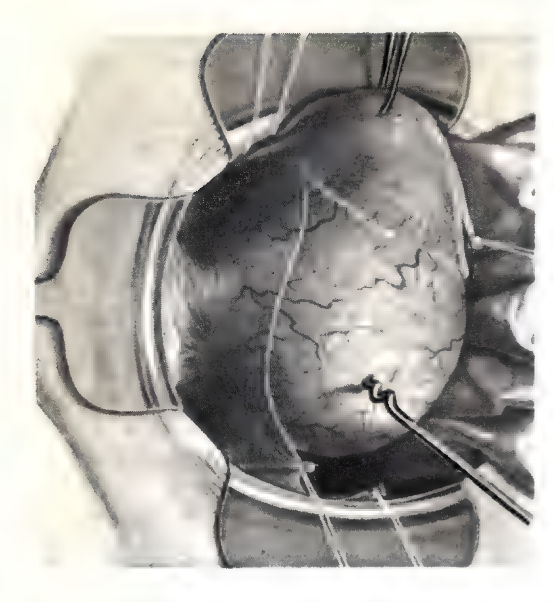


Рис. 96. Вылущивание интралигаментарно расположенного узла миомы из листков широкой связки; брюшина, рассеченная над узлом.

к высвобождению узла из широкой связки. Этот этап требует особого внимания, так как можно вступить в конфликт с мочеточником и крупными сосудами таза. Чтобы избежать возможных осложнений, рассечение листка широкой связки целесообразно производить ближе к круглой связке и через созданное отверстие осуществлять постепенное выделение узла из межсвязочного пространства (рис. 96). После освобождения узла дальнейшие этапы операции те же, что и при обычной надвлагалищной ампутации матки.

Известные трудности при выполнении надвлагалищной ампутации могут встретиться при расположении фиброматозного узла в области перешейка матки. В этих случаях энуклеацию узла, если он располагается спереди, следует начинать с рассечения брюшины в поперечном направлении в области переходной складки. Мочевой пузырь осторожно отделяют от узла и смещают книзу до уровня, обеспечивающего свободный подход к нему. Над вершиной узла рассекают капсулу, узел захватывают инструментом и постепенно подтягивают кверху, одновременно осторожно отделяя его от окружающих тканей. Если узел одиночный и нет необходимости в расширении объема вмешательства, операция ограничивается его удалением. Накладывают швы, сближающие ткани капсулы. Мочевой пузырь укладывают на прежнее место и производят перитонизацию.

Если же предусматривается выполнение надвлагалищной ампутации матки, ее осуществляют после энуклеации.

Экстирпация матки (extirpatio uteri)[1]. Эта операция, так же как и надвлагалищная ампутация, может выполняться вместе с придатками (одной стороны или обеих) или без них. Часто показанием к экстирпации матки (за исключением рака) служит фибромиома с низким расположением узлов, когда технически нельзя осуществить их энуклеацию или произвести надвлагалищную ампутацию. В других случаях операция предпринимается при наличии фибромиомы матки в сочетании с заболеванием шейки матки, требующим ее удаления (например, не поддающиеся лечению псевдоэрозии, лейкоплакии и другие изменения ткани шейки, которые относят к предраковым состояниям).

В литературе последних лет обсуждается точка зрения, согласно которой при обычной фибромиоме следует производить экстирпацию матки, а не ограничиваться ее надвлагалищной ампутацией. В основе этого предложения усматривается возможность профилактики рака культи шейки матки. Между тем большие статистические обобщения по изучению онкологической заболеваемости не дают оснований считать, что рак культи шейки матки встречается чаще, чем первичный рак шейки матки. Поэтому нет необходимости расширять объем вмешательства при обычных фибромиомах матки, так как экстирпация матки несомненно травматичнее ампутации, значительно тяжелее переносится больными и может привести к нарушениям функции ряда органов, в том числе и тазового дна.

При изложении техники экстирпации матки будет рассмотрен вариант удаления матки без придатков. В случае необходимости выполнения экстирпации вместе с придатками операция будет содержать этап по выделению и мобилизации придатков, который выполняется в начале операции, аналогично тому, как это делается при ампутации матки с придатками.

Первые этапы экстирпации матки сводятся к вскрытию брюшной полости, выведению матки с придатками в рану, наложению зажимов на круглые, собственные связки яичников и маточные концы труб с обеих сторон, затем их пересечению и лигированию культей. В поперечном направлении вскрывают (между культями круглых связок) брюшину в области переходной складки. Мочевой пузырь остро и тупо отслаивают книзу до уровня переднего свода влагалища. До этого момента все перечисленные этапы выполняют аналогично тому, как это делается при надвлагалищной ампутации матки. С этого

---

[1] Техника экстирпации матки, предпринимаемой по поводу рака матки, рассмотрена в соответствующей главе (с. 271).

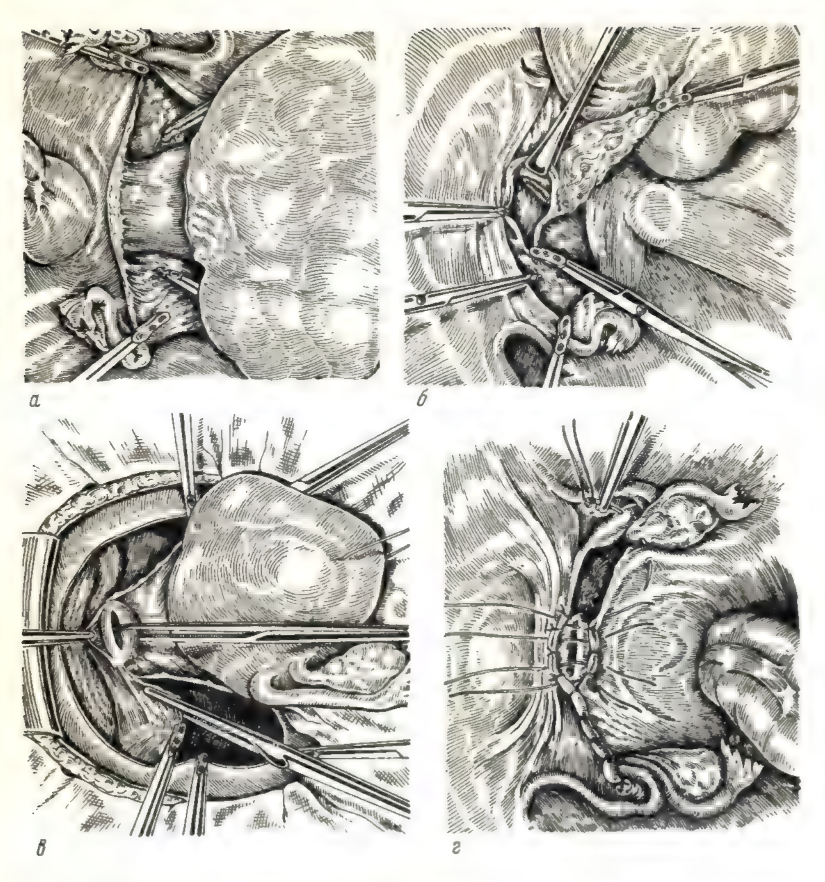


Рис. 97. Экстирпация матки без придатков.

а — один из этапов операции; мобилизация нижних отделов матки (виден уровень перевязки маточных сосудов); *б* — вскрытие влагалища через переднюю стенку; *в* — захватывание влагалищной части шейки пулевыми щипцами через отверстие в стенке влагалища; *г* — этап перитонизации.

момента экстирпация по технике выполнения будет существенно отличаться от ампутации.

После этих этапов маточные сосуды пересекают и лигируют несколько ниже уровня внутреннего зева. Пересекают и лигируют обе крестцово-маточные связки. Нижние отделы матки освобождают от окружающих тканей путем отслаивания их книзу за пределы шейки матки (рис. 97, *а*). Затем приступают к вскрытию переднего свода влагалища. Для этого пальпаторно определяют уровень расположения влагалищной части

шейки матки и несколько ниже ее скальпелем вскрывают переднюю стенку влагалища (рис. 97,б). В проделанный разрез со стороны брюшной полости вводят в узкую, пропитанную настойкой йода, марлевую полоску, которую следует протолкнуть внутрь с тем, чтобы она не попала в лигатуры. Через образованное отверстие по своду накладывают зажимы на стенки влагалища, сначала на боковые, затем на заднюю. Одновременно вкруговую пересекают влагалище до полного отделения матки. Зажимы должны остаться на культе влагалища. При рассечении влагалища нужно внимательно следить за положением уже лигированных маточных сосудов с тем, чтобы не ранить их ниже перевязки. Поэтому рассекать влагалище безопаснее ближе к шейке матки, по сводам. Для удобства наложения зажимов по вскрытии передней стенки влагалища обнажившуюся влагалищную часть шейки полезно захватить пулевыми щипцами и, по мере наложения зажимов, постепенно подтягивать кверху (рис. 97,*в*). Зажимы на культе обшивают по краям стенок влагалища узловыми кетгутовыми швами, которые после завязывания одновременно суживают его просвет. При этом лигатуры передней, задней и боковых стенок влагалища полезно взять на различные зажимы для того, чтобы при ушивании культи влагалища правильно сложить переднюю стенку с задней, подтянув к ним боковые.

После обшивания краев культи влагалища можно закрыть его просвет полностью или оставить открытым. Первый вариант может быть применен при условии, если операция прошла чисто и в процессе ее выполнения в области параметрия не образовалось гематомы, а также при уверенности в отсутствии инфицирования. Второй вариант используется в тех случаях, когда необходимо обеспечить отток из параметральных отделов при возможных осложнениях во время операции или, если операция производилась в заведомо инфицированных условиях. В этих случаях, оставшаяся открытой верхняя часть влагалища выполняет роль кольпотомического отверстия и обеспечивает так называемое бестампонное дренирование. В первом случае переднюю стенку влагалища сшивают с задней (рис. 97,*г*). Во втором случае передний листок брюшины подшивают к переднему краю культи влагалища, а задний — к заднему. Таким образом отграничиваются предпузырные и прямокишечные отделы параметрия от влагалища. После этих этапов как в первом, так и во втором случаях выполняют обычную перитонизацию: на передний и задний листки брюшины накладывают непрерывный кет-

гутовый шов. К этому шву при перитонизации области влагалища подтягивают и влагалищные швы (рис. 97, *г*). Производят туалет брюшной полости и закрывают ее наглухо послойно.

Возможные трудности и осложнения при выполнении надвлагалищной ампутации и экстирпации матки. Осложнения при выполнении гинекологических операций чаще всего связаны с ранением сальника, кишечника, мочевого пузыря или мочеточников. Повреждения этих органов могут произойти в тех случаях, когда имеются обширные спайки их с маткой или придатками. Поэтому, прежде чем накладывать зажимы и пересекать спайки, тяжи и другие тканевые образования, следует тщательно разобраться в топографических взаимоотношениях органов, особенно в области операционного поля. Ранение мочевого пузыря, кишечника или сальника чаще всего происходит во время рассечения спаек и сращений, связывающих эти органы с половыми. Повреждение мочевого пузыря, кроме того, возможно при рассечении переходной складки брюшины и отделении его от матки. Если повреждение этих органов будет своевременно обнаружено, то осложнение можно ликвидировать. Опыт показывает, что течение послеоперационного периода в этих случаях, как правило, не осложняется.

Для проверки предположения о травме этих органов можно руководствоваться следующими признаками и приемами. *Ранение мочевого пузыря* (если произошло широкое вскрытие) можно заметить по яркой окраске внутренней поверхности полости пузыря по сравнению с более бледными окружающими тканями. Красный цвет слизистой оболочки мочевого пузыря обусловлен просвечиванием кровеносных сосудов подслизистого слоя. То же относится и к ранению кишечника. Однако не всегда можно отметить различие в окраске тканей, хотя у хирурга возникает обоснованное подозрение на ранение мочевого пузыря. Тогда целесообразно использовать прием, которым легко устанавливается повреждение мочевого пузыря. Для этого со стороны уретры вводят катетер, который обнаруживается в пузыре через раневое отверстие.

Ранение кишечника также может быть обнаружено по разнице окраски, причем его повреждение, как правило, сопровождается появлением калового запаха, а иногда и каловых масс.

Ранение сальника благодаря богатой кровеносной сети всегда сопровождается капиллярной кровоточивостью или более значительным кровотечением. Если ранение органов обнару-

жено сразу, необходимо тотчас приступить к ушиванию повреждений, а кровоточащие участки сальника обшить лигатурами. Рану кишечника ушивают тонким шелком в три этажа: слизисто-слизистый (узловые швы), серозномышечно-серозномышечный (узловые швы) и серо-серозный (непрерывный шов кетгутом). Рана мочевого пузыря может быть ушита двухэтажными узловыми швами: серозномышечно-серозномышечным и серо-серозным. Этот принцип ушивания раны мочевого пузыря связан с тем, что в послеоперационном периоде в пузыре устанавливается постоянный (на 8 сут) катетер, применением которого достигается постоянный отток мочи и обеспечивается спавшееся состояние мочевого пузыря.

При надвлагалищной ампутации или экстирпации матки нередко происходит *ранение мочеточника*. Травма чаще всего наносится на уровне внутреннего зева матки, где мочеточники перекрещиваются с маточной артерией, или вблизи периферических краев яичника, в области которых они перекрещивают воронкотазовые связки. Ранение мочеточника обычно происходит в момент лигирования и пересечения маточных сосудов или наложения зажимов на воронкотазовую связку при отделении придатков. Травма мочеточника чаще всего состоит в его частичном (боковом) надсечении или пережатии зажимом. Реже происходит его полное пересечение или захват в лигатуру вместе с культями маточных или яичниковых сосудов. Такое ранение не всегда можно своевременно выявить во время операции. Поэтому первые признаки осложнения обнаруживаются только в послеоперационном периоде. Тем не менее, если у хирурга возникло подозрение в отношении ранения мочеточника, необходимо уточнить характер повреждения. Для проверки целости мочеточника снимают лигатуру (или зажим) с культи, в которой предполагается нахождение центрального конца мочеточника. В этом случае из отверстия, принадлежащего мочеточнику, должна подтекать моча. Кроме того, следует иметь в виду, что поперечный срез крупного венозного сосуда чрезвычайно схож с поперечным срезом мочеточника. Поэтому, если при снятии лигатуры (или зажима) покажется кровь, значит перерезана вена. При отсутствии подтекания крови можно думать о травме мочеточника. Часто для установления повреждения мочеточника прибегают к более сложному и трудоемкому приему. Для этой цели со стороны мочевого пузыря с помощью цистоскопа мочеточниковый катетер проводится через устье в сторону предполагаемого ранения. При перерезке мочеточника конец катетера выйдет наружу через периферический конец среза.

В зависимости от характера повреждения мочеточника следует произвести либо сшивание его конец в конец, либо пересадку (в случае близкого расположения повреждения мочеточника к пузырю) в мочевой пузырь. Реже приходится ставить вопрос об удалении почки на той же стороне. Эти операции подробно описаны в специальных руководствах по урологии.

Глава 12

ОПЕРАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА

Общие замечания. Выше в числе пороков развития половых органов была рассмотрена атрезия девственной плевы. В этом разделе будет идти речь о более сложном пороке, характеризующемся полным отсутствием влагалища, или аплазии влагалища (aplasia vaginae). Различие между этими двумя видами порока состоит в том, что атрезия влагалища может быть как *врожденной,* так и *приобретенной,* возникшей в результате инфекционного заболевания (например, дифтерия), механической или ожоговой травмы (химическая, термическая), в то время как аплазия является пороком врожденным, связанным с неправильным органогенезом. Поэтому хирургическое лечение указанных двух видов пороков также различно. Если при неполной облитерации влагалища, возникшей в результате травмы, восстановить его просвет можно путем рассечения или разъединения облитерированного отдела, то создание искусственного влагалища всегда связано с применением обширной по объему операции, предусматривающей использование одновременно двух оперативных доступов: брюшностеночного и влагалищного.

Аплазия влагалища нередко сочетается с рядом дефектов в других отделах половой системы, например с аплазией матки, которая может находиться в состоянии глубокого недоразвития при относительно нормальном развитии яичников. Кроме того, в этих случаях наряду с недоразвитием половых органов могут наблюдаться и пороки развития мочевой системы. В большинстве случаев они не влияют на общее развитие девочки и выявляются обычно к моменту начала полового созревания или замужества (отсутствие менструаций, появление болезненности в нижних отделах живота в определенные дни месяца (malimina menstrualia). Аменорея не всегда связывается с наличием физического порока, особенно

в случаях, когда отсутствуют субъективные ощущения. Тогда пороки развития влагалища выявляются чаще с началом половой жизни, которая оказывается невозможной.

Различия в клинической картине позволяют дифференцировать атрезию и аплазию влагалища. При нарастающих периодических болях и отсутствии менструаций следует предполагать наличие у девушки функционирующей матки и задержку менструальных выделений, связанных с атрезией. В этих случаях хирургическое вмешательство обязательно. Наоборот, отсутствие клинических проявлений указывает на наличие глубокого недоразвития полового аппарата. В таких случаях создание искусственного влагалища будет иметь относительные показания, которые определяются психологическими факторами и необходимостью обеспечения возможности половой жизни.

Принимая во внимание сложность патологии, оперативное образование искусственного влагалища при его аплазии должно быть достаточно обосновано с учетом медицинских и социальных факторов. Больной следует доступно объяснить характер предстоящего хирургического вмешательства и его объем, уточнив при этом, что подобная операция относится к разряду пластических, а ее выполнение не связано непосредственно с медицинскими показаниями.

Пороки развития половых органов были известны уже в далекой древности. Об этом писали Гиппократ, Цельс и многие другие. В частности, тогда для лечения, например, атрезий девственной плевы или нижней части влагалища уже производился прокол облитерированной части ткани с целью удаления скопившейся менструальной крови. Однако даже такое небольшое по объему хирургическое вмешательство нередко сопровождалось тяжелейшими инфекционными осложнениями вплоть до летального исхода. Если произведенный прокол и не заканчивался тяжким осложнением, то и не достигал цели — отверстие существовало недолго, так как подвергалось рубцеванию и окклюзии. Несколько иная картина была при аплазии влагалища. Долгое время не существовало успешного метода лечения этой патологии. Делались попытки создания искусственного хода, но необходимого эффекта не достигалось. Значительно позднее, уже в 1817 г. Дюпюитрен расширил объем операции, предложив глубокое расслоение клетчатки между мочевым пузырем и прямой кишкой до уровня шейки матки, а в случаях аплазии — даже до брюшины. Тем не менее такой глубокий ход, как и отверстие после прокола девственной плевы, подвергался постепенному сужению и, наконец, полностью облитерировался. С введением в хирургическую практику антисептики и особенно асептики круг вмешательств по образованию влагалищного хода стал существенно расширяться. В целях предотвращения рубцевания искусственно проделанного хода были предложены различные способы эпителизации его поверхности, в частности путем пересадки отдельных пластов или островков слизистых оболочек или кожи, взятых у самой больной или других людей и даже животных. Предлагалось также низведение брюшины

свода в искусственно созданный ход или вшивание плодных оболочек. Однако эти способы тоже не обеспечивали необходимого результата, так как созданное влагалище постепенно сужалось и облитерировалось. Не давало эффекта и предложение Пфанненштиля низводить менструирующую матку при отсутствии влагалища в проделанный ход и подшивать ее за шейку к краям кожной раны. После такой операции рецидива гематометры не возникало, но половая жизнь исключалась.

Прогресс в искусственном образовании влагалища наступил после предложения Гершуни использовать для создания влагалищной трубки отрезок тонкой или толстой кишки.

В России операция создания искусственного влагалища с использованием отрезка кишки впервые была выполнена в 1891 г. В. Ф. Снегиревым. Технически это вмешательство оказалось достаточно трудоемким и сложным, в связи с чем не получило широкого распространения. Идея операции заключалась в отсечении нижней части прямой кишки вместе с анусом на высоте, достаточной для формирования влагалища. Верхний конец кишки после резекции копчика низводился и укреплялся на промежности, т. е. создавался искусственный задний проход (anus praeternaturalis). Следующим этапом выполнялось перемещение кишки кверху. После рассечения анального жома и промежности до уровня наружного отверстия уретры нижний отрезок прямой кишки несколько смещался кпереди, а ее слизистая оболочка подшивалась к краям раны промежности. Таким образом, перемещенный нижний отрезок прямой кишки выполнял роль влагалища.

Метод операции, разработанный В. Ф. Снегиревым, был модифицирован Д. Д. Поповым, который предложил для образования влагалища использовать отрезок кишки, расположенный выше ануса. Кишка в этом месте пересекалась, перемещалась кпереди и подшивалась к краям кожной раны промежности (рис. 98,*а*). Верхний участок кишки низводился и подшивался к оставшемуся анальному участку (рис. 98,*б*). Внутренний конец кишки, предназначенный для влагалищной трубки, зашивался наглухо.

Несмотря на появление различных модификаций этой операции, искусственное создание влагалища из отрезка прямой кишки было связано с обширной травмой и возникновением тяжелых осложнений. Больные страдали парапрокт итами, каловыми свищами или несостоятельностью анального жома. Развитие брюшной хирургии позволило разработать операции образования искусственного влагалища из отрезков тонкой или сигмовидного отдела толстой кишки. Использование в практике этих операций существенно снизило число тяжелых осложнений и обеспечило получение основного функционального эффекта.

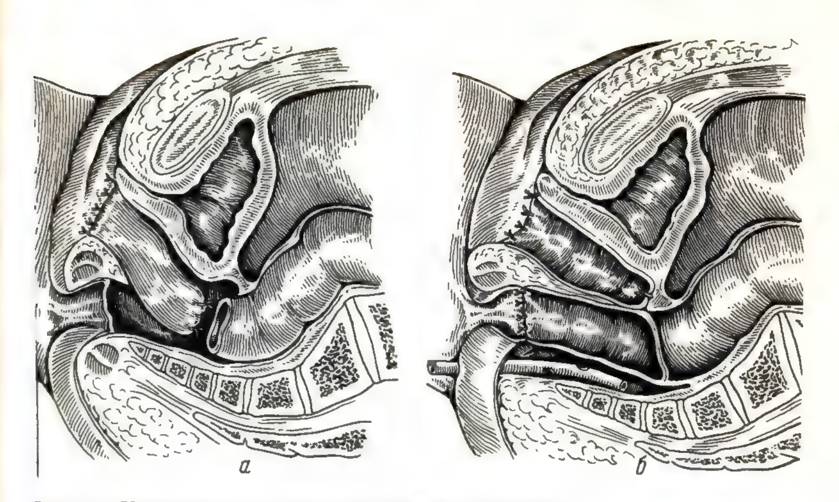


Рис. 98. Кольпопоэз из прямой кишки по Попову.

а — прямая кишка внизу отсечена от анального жома, перемещена кпереди и подшита к кожным краям промежности, внутренний конец защит наглухо; *б* — верхний конец прямой кишки низведен и подшит к оставленной части прямой кишки у жома, в параректальную клетчатку заведена дренажная трубка.

Образование искусственного влагалища из отрезка тонкой кишки. Эта операция была разработана и впервые предложена в 1904 г. Балдвином. Выполняется она в три последовательных этапа.

Первый этап (влагалищный) состоит в создании ложа будущего влагалища. Для этой цели поперечным разрезом рассекают кожу промежности в области предполагаемого входа во влагалище. После рассечения тупым путем расслаивают клетчатку между мочевым пузырем и прямой кишкой до брюшины свода. Таким образом подготовляется ход, в котором будет уложено искусственное влагалище (рис. 99,*а*). Ложе рыхло тампонируют марлей. На этом первый этап операции заканчивается. Хирурги меняют одежду (халат, маска, перчатки) для перехода к следующему этапу операции — чревосечению.

Второй этап — выбор и изоляция отрезка тонкой кишки. Брюшную полость вскрывают нижним срединно-продольным разрезом между лоном и пупком. Отыскивают петлю тонкой кишки, по возможности ближе к слепой, и ее наиболее подвижную часть длиной примерно 25 см изолируют на брыжейке (рис. 99,*б*). При этом необходимо выбрать такой участок брыжейки, в котором было бы хорошо выражено сосудистое снабжение отрезка кишки и обеспечивалась его

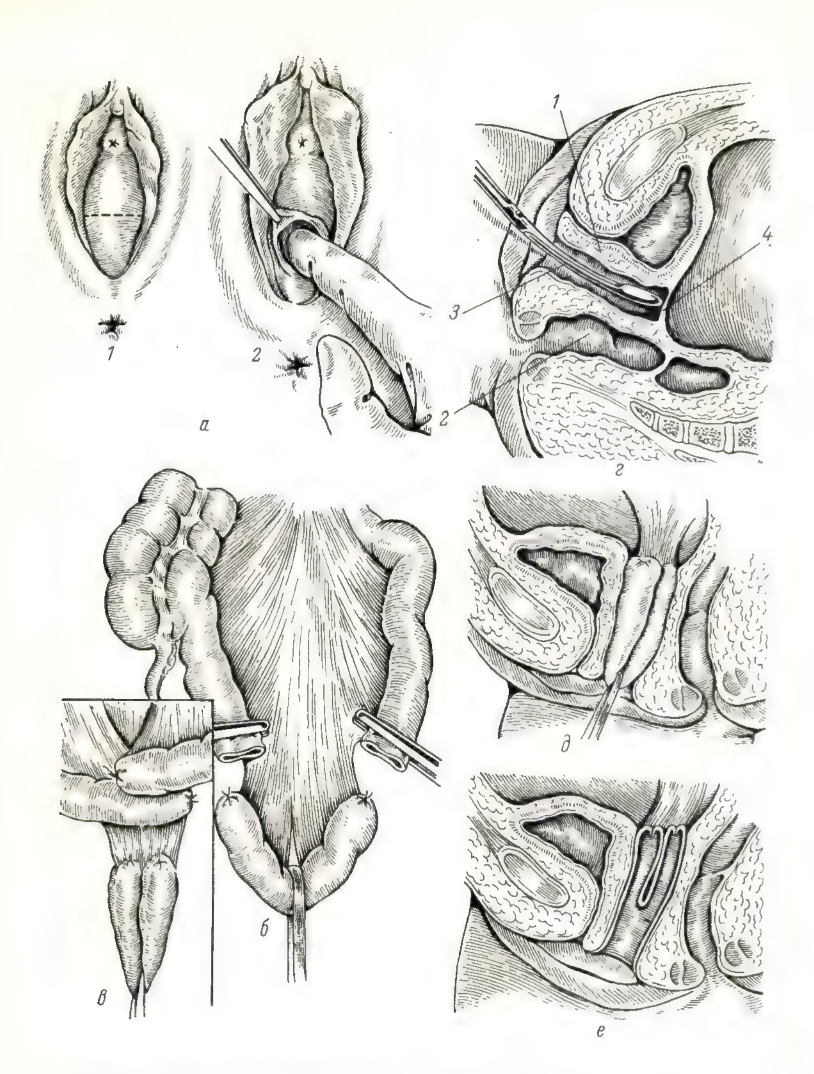


Рис. 99. Кольпопоэз из тонкой кишки по Балдвину.

а — подготовка ложа для будущего влагалища: *1* — поперечное рассечение кожи промежности, *2* — образование влагалищного хода тупым расслаиванием тканей; *б* — выбор отрезка кишки для его резекции, концы изолированного участка ушиты наглухо; *в* — наложение анастомоза бок в бок; *г* — заведение корнцанга через проделанный влагалищный ход до брюшины: *1* — уретра, *2* — прямая кишка, *3* — корнцанг, *4* — место рассечения брюшины; *д* — низведение отрезка во влагалищный ход до краев кожной раны; *е* — подшивание нижнего края «двустволки» к краям кожной раны, вскрытие ее просвета (видны два хода).

достаточная подвижность[1]. Выбранный участок кишки резецируют, а на оба конца его накладывают глухой двухэтажный шов. Оставшиеся открытыми концы кишки сшивают конец в конец либо бок в бок, восстанавливая таким образом целость кишечной трубки путем создания анастомоза. При анастомозе бок в бок оба конца кишки ушивают наглухо (рис. 99,*в*). По окончании этого этапа операции остается связанный брыжейкой отрезок резецированной кишки. Один из ассистентов удаляет со стороны промежности марлевый тампон и вводит во влагалищное ложе корнцанг для установления направления и места рассечения брюшины со стороны брюшной полости (рис. 99,*г*). По вскрытии брюшины конец корнцанга проводят в брюшную полость. Резецированный участок тонкой кишки захватывают за лигатуру или марлевую полоску и низводят во влагалищный ход до уровня кожной раны. При низведении отрезка кишки следует уточнить соответствие длины брыжейки и отверстия в брюшине. Отдельными кетгутовыми швами низведенный отрезок кишки подшивают к краям отверстия брюшины свода. После этого брюшная полость может быть ушита послойно наглухо.

Третий этап операции состоит в том, что низведенный отрезок кишки выводят ко входу во влагалище в виде «двустволки» (рис. 99,*д*) и подшивают отдельными кетгутовыми швами к краям кожной раны. Просвет кишки вскрывают (рис. 99,*е*) и полость созданной влагалищной трубки рыхло тампонируют марлей, смоченной вазелиновым маслом. На этом операция заканчивается.

Примечание. Низведение резецированного отрезка кишки в подготовленное ложе может быть осуществлено путем влечения за марлевую тесьму, проведенную через середину отрезка. В этом случае образуются два канала, между которыми сохраняется перегородка из стенок обеих половинок отрезка. Тогда к краям кожной раны промежности подшивают одну из стенок (ближняя) перегнутого пополам отрезка (рис. 99, *д*).

Во втором случае производят влечение корнцангом какого-либо одного конца отрезка (стороны наибольшей длины брыжейки). К краям кожной раны подшивают вкруговую края низведенного конца отрезка. Второй его конец остается в верхних отделах влагалищного ложа ушитым наглухо.

При осторожном и внимательном низведении отрезка кишки существенной разницы между этими двумя способами, по-видимому, нет. Однако в литературе имеются данные, свидетельствующие о том, что низведение «двустволки» более безопасно, так как при выведении кишки за один конец могут возникнуть условия для перекручивания брыжейки

---

[1] Длина брыжейки, сосудистое снабжение избранного отрезка кишки, его подвижность имеют существенное значение, так как отрезок должен быть низведен без натяжения.

и сосудов. Это осложнение может привести к некрозу отрезка и возникновению флегмоны тазовой клетчатки.

Операция образования искусственного влагалища из отрезка тонкой кишки не лишена существенных недостатков. Наиболее важный из них — постепенное и значительное сужение влагалищной трубки после операции. Этот недостаток может быть преодолен своевременным и систематическим бужированием образованного влагалища расширителями Гегара. Не менее существенным недостатком является не поддающееся устранению выделение кишечного сока функционирующей слизистой оболочкой тонкой кишки, обилие которого морально и физически угнетает женщин.

Эти недостатки побудили к поиску более совершенных модификаций хирургического образования влагалища. В 1932 г. М. С. Александров модифицировал операцию Балдвина, предложив использовать для образования влагалища отрезок не тонкой, а толстой кишки. Эта модификация получила признание и достаточно широкое распространение. Техническое выполнение ее требует учета ряда анатомических особенностей этой области. Установлено, что сигмовидная кишка по своему расположению и характеру строения сосудистой системы брыжейки имеет существенные индивидуальные особенности. Это приходится учитывать при выборе участка сигмовидной кишки для образования искусственного влагалища. Наиболее благоприятный для операции вариант строения кишки — петлистая ее форма, в то время как прямая менее удобна. Многолетний опыт работы в этой области позволяет согласиться с М. С. Александровым, что кольпопоэз из отрезка сигмовидной кишки является более совершенным методом, чем из отрезка тонкой кишки. При этом варианте не возникает сужения просвета искусственного влагалища. В то же время толстая кишка обладает значительно меньшей секрецией.

Создание искусственного влагалища из отрезка сигмовидной кишки. Технические моменты и последовательность этапов операции создания влагалища из отрезка сигмовидной кишки те же, что и при использовании тонкой кишки. Нужно также внимательно выбрать для влагалища участок сигмовидной кишки как по достаточной длине брыжейки, так и хорошей васкуляризации. Длина резецированного участка кишки должна быть не меньше 25 см. Низведенный в виде «двустволки» отрезок сигмовидной кишки прикрепляют к краям раны в области промежности узловыми швами, затем вскрывают и рыхло заполняют марлевым тампоном, увлажненным вазелиновым маслом.

Недостаточная васкуляризация концов резецируемого отрезка кишки и концов оставшегося кишечника может быть причиной тяжелых осложнений в послеоперационном периоде (несостоятельность анастомоза, некроз низведенного отрезка кишки, флегмона тазовой клетчатки, перитонит).

Подготовка больных к операции и уход в послеоперационном периоде. В связи с обширностью операции и необходимостью манипуляций на кишечнике создание искусственного влагалища требует соответствующей предоперационной подготовки больных. За 2—3 дня до операции больную переводят на жидкую диету, легкоусвояемую и богатую витаминами. В этот же период проводится очищение кишечника: за 2 дня до операции утром дают слабительное, а вечером ставят очистительную клизму. Накануне дня операции очистительную клизму повторяют.

Не менее тщательным должен быть и послеоперационный уход. Первые 2 сут после операции проводится массивное капельное вливание изотонического раствора хлорида натрия с комплексом витаминов, 5% раствора глюкозы, белковых препаратов, а при необходимости также трансфузия крови. Внутрь разрешается только крепкий подслащенный чай. На 3-и сутки при благополучном течении можно разрешать бульон и печенье, а затем постепенно расширять рацион (диета должна быть легкоусвояемой, питательной, богатой витаминами и дающей минимальное количество шлаков). Назначать слабительное и клизмы можно только при необходимости и не ранее 9—10-х суток после операции.

Марлевый тампон, введенный в отрезок кишки, должен быть удален на 5—6-е сутки. Подъем с постели при благополучном течении послеоперационного периода можно разрешить не ранее 7-х суток после операции из-за необходимости щажения тазового дна. В постели должна проводиться лечебная гимнастика по определенной методике.

Несмотря на вполне благоприятные ближайшие и отдаленные исходы таких операций, в настоящее время появилась тенденция упростить технику создания искусственного влагалища. Происходят пересмотр позиций и возврат к ранее предложенным пластическим операциям. В частности, снова используют операцию создания искусственного влагалища путем пересадки в ложе различных тканей с целью обеспечения эпителизации искусственного канала. Для пересадки тканей в проделанное ложе используют кожный стебельчатый лоскут или свободный пласт, островки слизистых оболочек, плодных оболочек и др. Предлагаются специально изготовленные протезы, на которые укладывают предназначенные для пересадки ткани и помещают в ложе. Полагают, что использование такого протеза предотвращает сморщивание и рубцевание хода, а также способствует его эпителизации.

Нельзя отрицать, что рассматриваемые пластические методы образования искусственного влагалища значительно проще, чем создание влагалища из кишки. Однако эффект подобных операций пока недостаточен, так как в результате их реализации не достигается основная цель. Поэтому кольпопоэз из отрезка сигмовидной кишки и в настоящее время остается предпочтительным методом, несмотря на его трудоемкость и возможные многочисленные осложнения.

Вместе с тем следует отметить, что возрожденная С. Н. Давыдовым идея старых авторов о создании искусственного влагалища методом низведения брюшины области дна малого таза в заранее подготовленное ложе, а также современное оснащение этой операции, возможно, займет определенное место в арсенале хирургических методов устранения данного порока развития.

Глава 13

ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Общие замечания. Беременность, развивающуюся вне полости матки, принято называть внематочной. Чаще такая беременность развивается в трубах и яичниках, реже — на париетальной брюшине, сальнике, стенках кишечника или желудка, а также в других отделах брюшной полости. При эктопическом развитии беременности плод редко достигает зрелости, так как она часто нарушается на ранних этапах. Из всех возможных локализаций внематочной беременности большинство из них связано с ближайшими отделами половой системы. На рис. 100 показаны возможные формы беременности, локализующиеся в малом тазу. Кроме указанных форм, к внематочной может быть отнесено развитие беременности в рудиментарном роге матки. Таким образом, каждая беременность, при которой естественное рождение плода исключается, должна быть отнесена к числу внематочных.

Эктопическое развитие беременности не представляет большой редкости. Например, из общего числа амбулаторных больных, обращающихся по поводу различных заболеваний, внематочная беременность составляет 0,27%, а в условиях стационара, по отношению ко всем гинекологическим заболеваниям, наблюдается в 3,8% случаев. Более того, из общего числа всех больных, оперируемых по поводу гинекологических заболеваний, внематочная беременность составляет 10%.

В механизме возникновения внематочной беременности основное значение имеет нарушение процесса транспорта яйцеклетки. Чаще всего это связано с извращением перистальтических сокращений труб, изменением непрерывности и направленности капиллярного тока из брюшной полости в сторону матки, а также с нарушением механизма мерцатель-

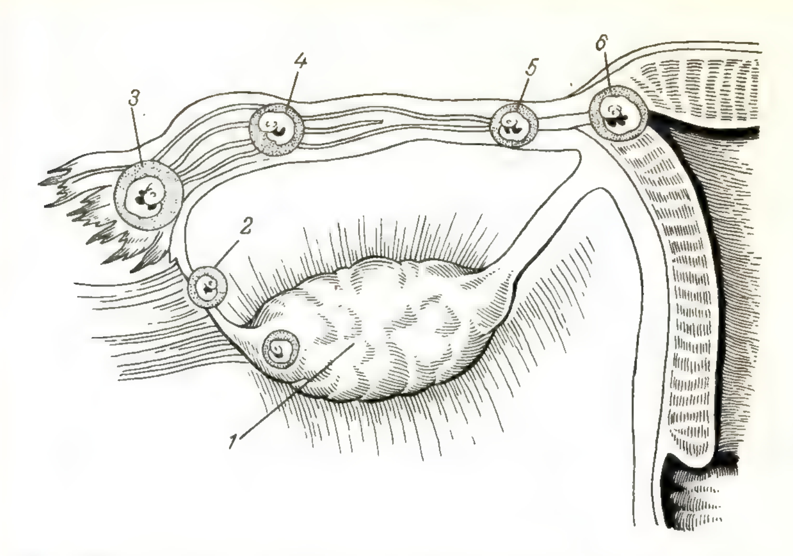


Рис. 100. Схема возможной локализации внематочной беременности в пределах малого таза.

1 — в яичнике; *2* — на брюшине мезосальпинкса; *3* — в ампулярном отделе трубы; *4*, *5* — в трубе; *6* — в истмической части трубы.

ного движения ресничек эпителия слизистой оболочки труб. За счет этих механизмов оплодотворенная яйцеклетка в норме перемещается из ампулярного отдела труб в полость матки, проделывая расстояние, примерно равное 12 см за 10 дней. Совсем иные механизмы обеспечивают передвижение сперматозоидов. Их размеры значительно меньше размеров яйцеклетки. Перемещение сперматозоидов осуществляется за счет собственного органа движения, который расположен в хвостовой части. Расстояние от наружного зева матки до ампулярной части трубы, равное примерно 20 см, сперматозоид преодолевает за время от 30 мин до 2 ч, причем в условиях встречного капиллярного тока. Обе зародышевые клетки в нормальных условиях, при отсутствии между ними препятствий, могут встретиться в любом месте полового тракта женщины, в том числе и в брюшной полости. Медленное перемещение оплодотворенной яйцеклетки по трубе биологически оправданно, так как, прежде чем достигнуть полости матки, зародыш проходит определенные этапы развития. В период перемещения яйцеклетки по трубе формируются органы последующей связи с материнским организмом, обеспечивающие возможность закрепления ее в слизистой оболочке матки. Этот аппарат образуется в результате первоначального дробления оплодотворенной яйцеклетки — зиготы.

Одной из биологических особенностей клеток трофобласта является способность их к протеолизу, т. е. свойство клеток расплавлять в местах соприкосновения ткани материнского организма. При нормальном развитии беременности это свойство трофобласта позволяет зародышу закрепиться (имплантироваться) в подготовленной к этому процессу слизистой оболочке матки. Происходит это потому, что процесс дробления зиготы биологически согласован с временем перемещения ее по трубе в направлении к полости матки. Полагают, что это время равно примерно 10 дням.

К моменту попадания в полость матки процесс дробления, проходя несколько стадий, завершается формированием бластулы и после сбрасывания блестящей оболочки на поверхности зиготы оказываются клетки трофобласта. Таким образом, если оплодотворение произойдет не в ампулярном отделе трубы, а где-то ближе к полости матки, зародыш, не достигший стадии развития бластулы, не будет иметь трофобласта. В этих случаях, в зависимости от времени сбрасывания блестящей оболочки, либо может произойти имплантация в нижних отделах матки с образованием в дальнейшем различных видов предлежания плаценты, в том числе и шеечной беременности, либо беременность не наступит, так как зигота выпадает из матки.

Если перемещение оплодотворенной яйцеклетки будет происходить медленнее, чем обычно (вследствие имеющихся в трубе воспалительных изменений, сужений, перегородок), то обнажение в этот момент клеток трофобласта приведет к развитию трубной беременности в любом отделе: ампулярной части, среднем или интрамуральном отделе. Может случиться так, что в момент овуляции яйцеклетка не будет «выброшена» из фолликула, а задержится в яичнике. В этом случае оплодотворение происходит в лопнувшем фолликуле и возникает яичниковая беременность. В других, более редких, случаях «выброшенная» из фолликула, но не попавшая в трубу яйцеклетка может быть оплодотворена в брюшной полости. В дальнейшем развивающаяся яйцеклетка может локализоваться в любом отделе брюшной полости (брюшная беременность).

Развитие беременности в рудиментарном роге матки относят к одному из вариантов внематочной беременности, если полость рога не сообщается с влагалищем. Механизм возникновения такой беременности может быть связан с попаданием оплодотворенной яйцеклетки в трубу с другой стороны (на стороне рудиментарного рога) за счет перистальтических движений петель кишечника или в том случае, если овуляция произошла в яичнике на стороне рудимента, через трубу которого оплодотворенная яйцеклетка поступила в полость рога.

Как правило, внематочная беременность прерывается в первые 2—3 мес развития, что объясняется прежде всего неприспособленностью трубы к формированию плодовместилища. Исключительно редко при внематочной беременности плод может достигнуть зрелости.

Существует точка зрения, согласно которой рекомендуется оперировать женщину, выждав срок для развития беременности до определенной степени зрелости, обеспечивающей самостоятельное существование плода вне материнского организма. При этом предусматривается систематическое наблюдение за течением беременности в условиях стационара. Трудно сказать, какие мотивы лежат в основе подобных рекомендаций; по-видимому, речь идет не столько о медицинских показаниях, сколько о социальных. Поэтому, являясь сторонниками противоположного взгляда, мы рекомендуем оперировать женщину, как только будет установлен диагноз внематочной беременности, ибо подобную тактику нельзя широко использовать на практике хотя бы по следующим соображениям. Во-первых, нарушение внематочной беременности может наступить в любой момент, а разрыв плодовместилища сопровождается таким кровотечением, что оперативная помощь может оказаться запоздалой даже в условиях пребывания женщины в стационаре. Во-вторых, даже при благополучном оперативном родоразрешении дети, «рожденные» таким образом, оказываются нежизнеспособными или физически недоразвитыми.

Механизм прерывания внематочной беременности зависит от характера и места ее локализации. Брюшная и яичниковая беременности прерываются, как правило, по типу разрыва плодовместилища, в то время как трубная может прерываться так же по типу выкидыша (рис. 101, *а,б*). Однако трубный аборт возможен только в том случае, если беременность развивается в ампулярном отделе трубы. В остальных же отделах трубы прерывание происходит только по типу разрыва.

Оба типа прерывания трубной беременности всегда сопровождаются вскрытием и разрывом кровеносных сосудов, причем чем ближе к матке произошел разрыв трубы, тем значительнее кровотечение. Особенно грозным оно бывает при интерстициальной (интрамуральной) форме трубной беременности.

Клиника внематочной беременности чрезвычайно разнообразна. Тем не менее при диагностике ее следует учитывать возможность двух форм течения беременности. В одних случаях речь будет идти о прогрессирующей беременности, в других — о нарушенной. С клинической точки зрения диагностика остро прервавшейся беременности наиболее проста: возникает острое малокровие, появляются симптомы раздражения брюшины и прочие признаки «катастрофы» в брюшной полости. В тех случаях, когда это возможно, картину могут дополнить специфические анамнестические данные (задержка менструации, наличие общих признаков беременности, перенесенных в прошлом воспалительных заболеваний и др.). Наиболее объективным критерием нарушенной

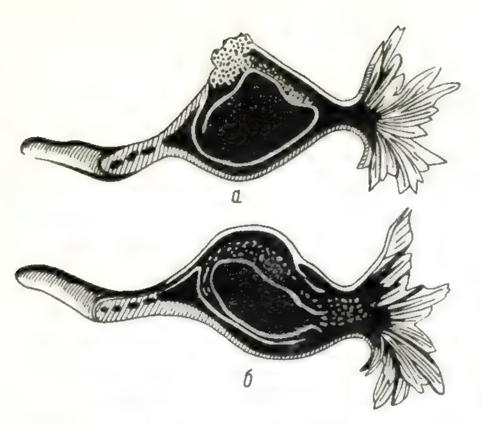


Рис. 101. Схематическое изображение механизма прерывания трубной беременности.

а — разрыв трубы; *б* — трубный аборт.

внематочной беременности является получение крови путем пункции заднего свода. Тем не менее и при отсутствии этих дополнительных данных остро возникшее малокровие с симптомами раздражения брюшины являются прямым показанием к экстренному хирургическому вмешательству. Значительно сложнее диагностировать прогрессирующую или медленно прерывающуюся внематочную беременность (по типу трубного аборта), протекающую без выраженной или специфической клинической картины внутреннего кровотечения.

Диагностика прогрессирующей внематочной беременности в начальной стадии ее развития иногда строится на длительном наблюдении за больной и повторных исследованиях. В результате динамического наблюдения удается установить отставание в росте матки по сравнению со сроками, соответствующими задержке менструации. Одновременно обычно отмечается увеличение размеров ранее определявшегося образования в области придатков матки. Существенную помощь в диагностике могут оказать биологические реакции на беременность: Ашгейма — Цондека, Фридмана, с хориогонином.

Если прогрессирующая внематочная беременность достигла срока, при котором начинает ощущаться движение плода, поставить правильный диагноз помогают жалобы беременной, в том числе на ощущение болезненности при шевелениях плода, а при брюшной беременности — более четкое определение плодных частей через брюшную стенку. Болезненность шевелений плода объясняется тонкостью стенок плодовместилища и малым количеством околоплодных вод, вследствие чего даже небольшие толчки плода легко воспринимаются брюшиной — органом с чрезвычайно развитой иннервацией. Сложность диагностики ненарушенной внематочной беременности требует самого серьезного внимания к больным, даже при необоснованном подозрении на ее наличие. В этих случаях больную следует госпитализировать и она должна находиться в стационаре под наблюдением до окончательного установления или исключения диагноза внематочной беременности.

Диагностика беременности, протекающей по типу трубного аборта, также представляет известные трудности. Следует учитывать, что в результате гибели зародыша децидуальная оболочка матки подвергается отторжению и выходу наружу, причем она может отторгнуться целиком, напоминая по форме слепок полости матки, или по частям. Отторжение оболочки в обоих случаях сопровождается умеренным кровоотделением,

как при прерывании маточной беременности. Правильной оценке характера выделившейся ткани может помочь «водная проба». Родившуюся ткань помещают в стакан с водой: если это окажется плодное яйцо, станут заметны ворсины хориона. Наоборот, слепок децидуальной оболочки при внематочной беременности ворсин иметь не будет.

Клинически медленно протекающее прерывание трубной беременности нередко напоминает картину некоторых гинекологических болезней. Прежде всего следует иметь в виду возможность обычного аборта, обострение хронического аппендицита, воспаление придатков матки, наличие перекрученной кисты яичника или кисты желтого тела, а также развивающуюся кишечную непроходимость различной этиологии. Ввиду сложности рассматриваемой патологии необходимо учитывать все дифференциальные критерии, обеспечивающие правильную и своевременную диагностику внематочной беременности.

Многообразие клинической картины внематочной беременности создает определенные диагностические затруднения, обусловленные особенностями развития заболевания и локализацией беременности. Поэтому в табл. 1, 2 и 3, а также в специальных разделах рассматриваются клинические признаки, характерные для внематочной беременности, в сопоставлении с проявлениями других заболеваний.

Таблица 1

Различия между трубным и маточным абортом

Внематочная беременность (трубный аборт)	Маточный аборт
Прерывание беременности чаще всего происходит в сроки между 4-й и 6-й неделями	Чаще между 8-й и 12-й неделями беременности
Приступы болей носят бурный характер, начинаются обычно внезапно, нередко сопровождаются явлениями раздражения брюшина (рвота, шок, обморочное состояние, коллапс). Типичен френикус-симптом	Нарастание болей медленное, регулярное. По характеру они напоминают родовые схватки. Боли средней силы, локализуются чаще над лоном
Наружное кровотечение незначительно (иногда может отсутствовать), отделяемая кровь обычно темного цвета, иногда с обрывками ткани (децидуа)	Наружное кровотечение весьма обильное, кровь яркая, со сгустками, нередко выделяется по частям или целиком плодный пузырь (зародыш)
Симптомы анемии и проявления шока выражены больше видимой кровопотери (внутреннее кровотечение)	Симптомы анемии соответствуют кровопотере
Матка слегка увеличена, но не соответствует сроку беременности, наружный зев матки чаще закрыт (при отторжении децидуальной оболочки может быть приоткрыт)	Матка увеличена соответственно сроку беременности, зев приоткрыт

Внематочная беременность (трубный аборт)	Маточный аборт
В стороне от матки пальпируется образование разной формы и величины, безболезненное, тестоватой консистенции, но вследствие перитубарной гематомы не имеет четко очерченных границ	Рядом с маткой могут пальпироваться нормальные придатки или образования воспалительного характера, менее болезненные, лучше контурирующиеся, чем беременная труба
Влагалищное исследование, особенно пальпация области сводов, резко болезненно	Влагалищное исследование менее болезненно
Отмечается учащение пульса до 100 и более в минуту	Если кровотечение не профузное, учащение пульса менее заметно

Таблица 2

Различия в клинической картине между нарушенной внематочной беременностью и острым аппендицитом

Внематочная беременность	Острый аппендицит
В анамнезе и объективно имеются признаки беременности, могут быть мажущие кровянистые выделения темного цвета из половых частей	Эти признаки отсутствуют (если одновременно нет и беременности)
Резкие боли схваткообразного характера, головокружение и периодически возникающее обморочное состояние, тошнота, сравнительно редко рвота, температура нормальная или субфебрильная, редко высокая	На первый план выступает не болевой синдром, а выраженная тошнота и рвота, боли менее острые
Часто обнаруживается френикус-симптом	Френикус-симптом отсутствует
Напряжение мышц брюшной стенки выражено слабо и не обязательно с правой стороны	Этот симптом всегда заметно выражен и обязательно справа, симптомы Блюмберга — Щеткина и Ровзинга положительные
Нарастающие явления острой анемии, может быть умеренный лейкоцитоз, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) несколько увеличена	Признаков анемии нет (если больная не страдала анемией раньше), значительно выражен лейкоцитоз, СОЭ резко повышена, картина крови соответствует воспалительному процессу
Влагалищное исследование болезненно, матка несколько больше нормы и размягчена, задний свод напряжен и нередко выпячен	Влагалищное исследование болезненно, матка нормальной величины, своды свободны, инфильтрат со стороны сводов обычно не

Внематочная беременность	Острый аппендицит
излившейся кровью. В ряде случаев сбоку от матки определяется низко расположенное образование тестоватой консистенции (перитубарная гематома)	достигается, чаще обнаруживается над пупартовой связкой
Может наблюдаться отхождение децидуальной оболочки	Отхождения децидуальной оболочки не бывает
При пункции заднего свода можно получить кровь темного цвета со сгустками	Крови при пункции нет

Таблица 3

Различия в клинической картине между внематочной беременностью и воспалительными заболеваниями придатков матки

Внематочная беременность (трубный аборт, не остро протекающий разрыв трубы)	Воспаление придатков матки
Анамнез и объективные данные говорят о возможности беременности	Задержка менструации редка, признаки беременности отсутствуют
Почти как правило, острое начало заболевания. Иногда оно связывается с физическим напряжением, дефекацией или половым сношением. Возникают головокружение, обморок (шоковое состояние)	Развитие болезни обычно медленное. Обострение заболевания часто связывается с началом менструаций, обмороков нет
Резкие боли, иногда схваткообразного характера, часто иррадиируют в плечо, шею, подложечную область, чувство давления на прямую кишку	Боли обычно носят постоянный характер, ощущаются чаще в области локализации воспалительного очага
Температура нормальная или субфебрильная, реже высокая, пульс учащен, не соответствует температуре, часто слабого наполнения, мягкий	Температура в острых случаях обычно высокая, пульс соответствует температуре, хорошего напряжения и наполнения
Язык чистый, влажный, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледны, а иногда синюшны, возможна некоторая желтушность склер	Язык нормальной окраски, суховат, кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски

Внематочная беременность (трубный аборт, не остро протекающий разрыв трубы)	Воспаление придатков матки
Живот умеренно вздут, слегка напряжен, более чувствителен с одной стороны, при перкуссии может определяться притупление в отлогих местах, не изменяющееся при перемене положения тела	Живот напряжен, обычно болезнен при пальпации с обеих сторон; при перкуссии притупления в отлогих местах брюшной полости, как правило, не отмечается
Небольшие мажущие кровянистые выделения темного цвета, иногда с обрывками ткани (децидуа)	Кровянистые выделения редки, при наличии выделений кровь более яркая, жидкая, возможны гноевидные выделения
С одной стороны пальпируется образование тестоватой консистенции, задний свод напряжен	Чаще двустороннее увеличение придатков, задний свод нормальный, напряжен или выпячен только при выпотном пельвиоперитоните
В картине крови признаки анемии, умеренный лейкоцитоз, СОЭ слегка увеличена	Красная кровь без изменений, лейкоцитоз заметно выражен, СОЭ повышена
Биологические реакции на беременность положительные	Биологические реакции на беременность отрицательные
В пунктате из заднего свода часто кровь темного цвета со сгустками	В пунктате крови нет; можно получить серозную жидкость или гной

Различия в клинической картине между нарушенной внематочной беременностью и перекрученной кистой яичника. В этих случаях дифференциальная диагностика должна быть разграничена на несколько этапов. В остром периоде перекручивания ножки кисты прежде всего необходимо исключить наличие беременности, исходя из тщательно собранного анамнеза и данных объективного исследования. Если наличие беременности будет подтверждено, следует уточнить ее срок. При внематочной беременности величина матки никогда не превышает размеров ее при 5—6-недельной беременности.

Если устанавливается наличие маточной беременности без симптомов ее прерывания и наряду с этим имеется картина острого живота, при котором тщательное обследование больной затруднено, поставить диагноз перекрута кисты яичника чрезвычайно трудно. В этих случаях клинические проявления заболевания должны служить основным критерием для правильных выводов, в том числе и своевременного хирургического вмешательства.

Перекрученную кисту яичника в холодном периоде (после затихания острого) дифференцировать от внематочной беременности значительно проще. Диагностика облегчается тем, что удается определить матку и наряду с этим саму опухоль, имеющую соответствующую форму и связи с маткой. При кистах яичника выпячивания сводов, свидетельствующего о наличии свободной жидкости в брюшной полости, обычно не бывает. Выпячивание свода влагалища при кистах яичника возможно только в случае, если опухоль или ее часть тесно прилежит к заднему своду.

Отличие прерывающейся (по типу трубного аборта) внематочной беременности от кисты желтого тела. Клиническая картина кисты желтого тела может напоминать медленное течение прерывающейся внематочной беременности. Однако при кисте желтого тела отсутствуют, как правило, признаки острого заболевания, встречающиеся при внематочной беременности. Поэтому в таких случаях всегда есть время для тщательного обследования больной, в том числе и для уточнения диагноза с помощью реакции на беременность (при кистах желтого тела она будет отрицательной). Известную помощь может оказать диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки с гистологическим исследованием полученного материала.

Для кист желтого тела характерны отсутствие децидуальных элементов и наличие секреторной фазы в эндометрии.

Если при гистологическом исследовании соскоба получены сомнительные данные, то, учитывая необходимость хирургического вмешательства в том и другом случае, правильнее склониться в пользу операции.

Отличие прерывающейся внематочной беременности от кишечной непроходимости. При кишечной непроходимости обычно наблюдается крайне острое начало и состояние больной быстро ухудшается. Довольно быстро также развивается картина интоксикации с характерным изменением выражения лица. Перистальтика кишечника отсутствует, газы не отходят, отмечается задержка стула. В тяжелых случаях наблюдается обратная перистальтика и даже каловая рвота. Сквозь брюшную стенку могут быть заметны очертания петель кишечника. В ряде случаев дифференцировать заболевание, особенно в начальных его периодах, можно только на операционном столе.

Как только будет поставлен диагноз внематочной беременности, необходима операция. Принимая во внимание молодой возраст женщин, у которых обычно встречается эта патология, а также различные формы внематочной беременности, технику оперативного вмешательства целесообразно рассмотреть в зависимости от клинических и анатомических особенностей этого заболевания.

Технически операция по поводу трубной беременности по существу сводится к весьма простому вмешательству — удалению беременной трубы. Вместе с тем вопросы хирургического лечения внематочной беременности заслуживают более детального обсуждения. Внематочная беременность, как правило, встречается у молодых женщин, нередко при первой беременности. Поэтому при оказании хирургической помощи нельзя не учитывать возможность наступления беременности в будущем и характер течения родов. Опыт показывает, что эти вопросы весьма существенны и при оперативном лечении должны быть учтены.

В клинической практике могут встречаться формы трубной беременности, при которых оставление трубы не встречает технических затруднений. В этих случаях можно ограничиться удалением только плодного яйца. Консервативную операцию можно произвести и в тех случаях, когда вмешательство по поводу внематочной беременности предпринимается повторно, если одна труба уже удалена. Вместе с тем консервативное вмешательство по поводу трубной беременности может оказаться целесообразным по ряду других причин. Нередко с удалением труб

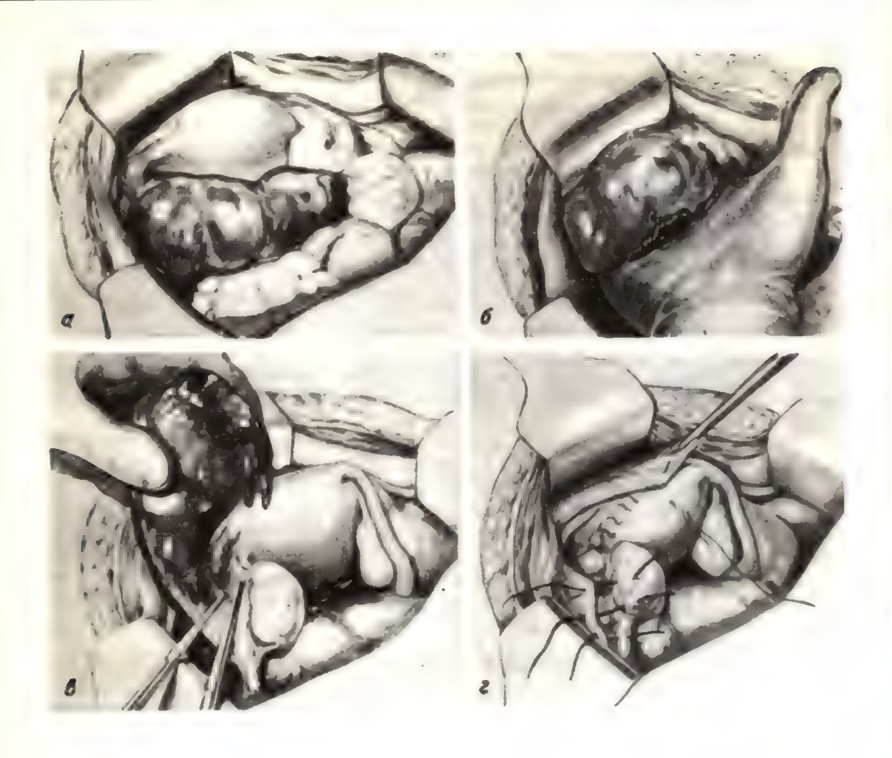


Рис. 102. Операция по поводу трубной беременности.

а — момент вскрытия брюшной полости, ревизия органов брюшной полости; *б* — этап выделения беременной трубы; *в* — наложение зажимов на брыжейку трубы, начало удаления трубы; *г* — труба удалена, начало перитонизации круглой связкой.

нарушаются кровоснабжение и иннервация яичников, что приводит к подавлению или утрате гормональной функции. Это имеет существенное значение, если принять во внимание возраст, в котором обычно оперируют женщин с трубной беременностью. Несомненно, консервативные операции представляют собой известный риск в отношении возможности наступления внематочной беременности в третий раз. Поэтому решение в пользу оставления трубы прежде всего нужно согласовать с больной еще до операции, четко оговорив мотивы, по которым оно принято, так как нельзя производить подобную операцию без согласия женщины. Следует отметить, однако, что производство щадящей операции не всегда возможно, так как часто прерывающаяся внематочная беременность (трубная, яичниковая и др.) сопровождается образованием обширной гематомы, выделить из которой трубу или яичник (при яичниковой беременности) не представляется возможным или это связано со значительным повреждением тканей.

Операция при трубной беременности с перитубарной гематомой. Брюшную полость вскрывают срединно-продольным или поперечным разрезом. Производят осмотр органов брюш-

ной полости. Обычно труба вместе с перитубарной гематомой находится в рыхлых сращениях и легко выделяется (рис. 102,*а*). После разъединения спаек конгломерат, состоящий из гематомы и беременной трубы, высвобождают рукой (рис. 102,*б*). По выделении трубы следует сразу наложить зажимы на мезосальпинкс и маточный конец трубы (рис. 102,*в*). После наложения зажимов кровопотеря прекращается. Из брюшной полости удаляют излившуюся кровь. Брыжейку трубы пересекают между зажимами, маточный конец трубы иссекают из угла матки и беременную трубу с гематомой удаляют. Зажимы заменяют кетгутовыми лигатурами. На угол матки накладывают 2—3 кетгутовых шва. Перитонизацию культей производят за счет перекрытия их круглой связкой, которую перебрасывают и подшивают к задней стенке матки, а при необходимости — частично и к яичнику (рис. 102,*г*). Производят туалет брюшной полости и окончательное удаление жидкой крови и сгустков. Тщательно осматривают придатки противоположной стороны с целью выяснения их состояния, а также исключения возможности, хотя и редкой, двусторонней трубной беременности. На этом операция заканчивается. Брюшную полость ушивают наглухо, послойно.

Примечание. При удалении трубы иссекать ее из угла матки целесообразно только в том случае, если плодное яйцо локализуется в интерстициальной (интрамуральной) ее части. Эта рекомендация связана с тем, что в углах матки возникают импульсы родовых сокращений. С глубоким иссечением труб нарушается этот физиологический механизм. Если наступление беременности в дальнейшем невозможно, это условие теряет свое значение.

Операция консервативного характера при трубной беременности. Все этапы операции, включая момент выделения беременной трубы, остаются прежними. Выведенные к области брюшной раны придатки укладывают на широкую марлевую салфетку, чтобы предотвратить попадание элементов плодного яйца в брюшную полость. Беременную трубу по наружному краю рассекают вдоль в месте наибольшего расширения, в котором располагается плодный пузырь (рис. 103,*а*). По вскрытии трубы осторожным выжиманием удаляют плодное яйцо (рис. 103,*б*). Стенки плодовместилища также осторожно выскабливают кюреткой. На края раны трубы накладывают отдельные узловые кетгутовые швы в один этаж (рис. 103,*в*,*г*). При необходимости с целью гемостаза может быть использован обвивной шов. Трубу в этих случаях не перитонизируют. Производят туалет брюшной полости с окончательным удалением из нее кровяных сгустков и жидкой крови. Брюшную полость ушивают послойно, наглухо.

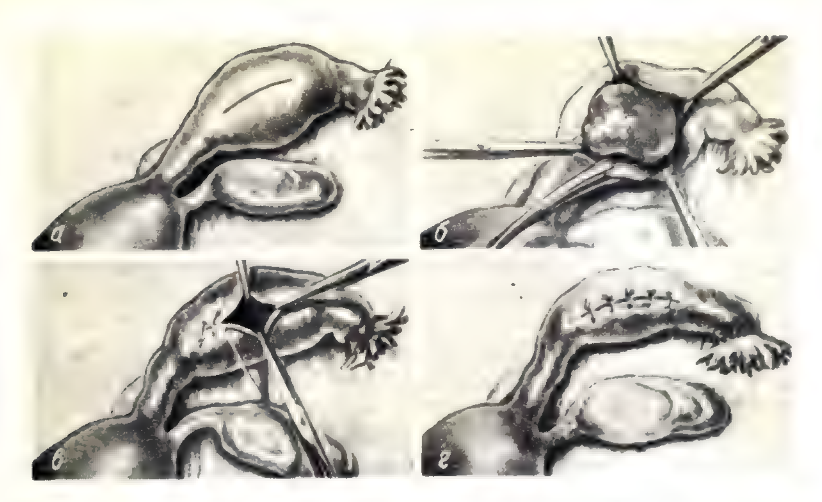


Рис. 103. Операция при трубной беременности консервативного характера (с оставлением трубы).

а — начальный этап, продольный разрез вдоль трубы по ее наружной поверхности; *б* — этап удаления плодного яйца; *в* — ушивание раны трубы непрерывным кетгутовым швом; *г* — конечный этап операции, рана трубы ушита отдельными кетгутовыми швами.

Операция при трубной беременности в интерстициальном отделе с оставлением неизмененной части трубы. Необходимость такого варианта операции встречается относительно редко. Беременность в межуточной части трубы (интерстициальная), как правило, нарушается, сопровождаясь разрывом плодовместилища — угла матки. Реже происходит обширное разрушение верхней части тела матки. Такие разрывы матки всегда приводят к быстрой и интенсивной кровопотере. Поэтому при интенстициальной форме внематочной беременности всегда встает вопрос об ампутации той или иной части матки. Тем не менее в ряде случаев может обсуждаться возможность сохранения генеративной функции. Эти обстоятельства делают необходимым рассмотрение техники консервативно-пластической операции. Разумеется, подобный консерватизм может быть оправдан только в том случае, если к нему имеются убедительные показания, чаще социального характера, а общее состояние женщины при наличии полноценного участка трубы позволяет выполнить пластическую операцию.

Техника выполнения операции. Центральный конец трубы иссекают вместе с углом матки (иссекается вся разрушенная ткань матки), а периферический — резецируют в пределах части (рис. 104,*а*). Оставшуюся часть трубы подтягивают к матке и центральный конец ее вшивают в

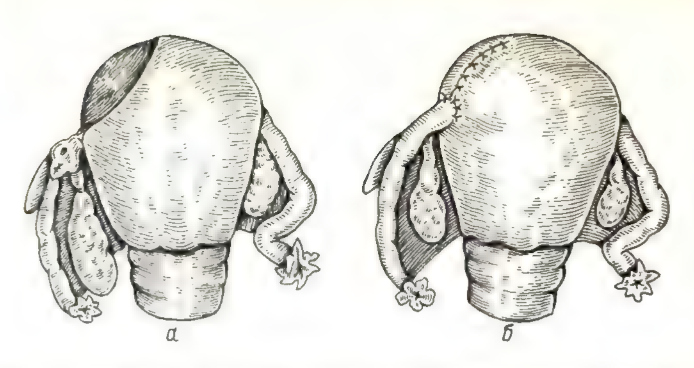


Рис. 104. Операция по поводу внематочной беременности в интерстициальном отделе трубы с пересадкой неизмененной части трубы в полость матки (схема).

а — этап иссечения угла матки и резекция измененной части трубы; *б* — конечный этап, труба пересажена в полость матки.

рану (на место резецированного участка) с таким расчетом, чтобы пересаженный конец трубы достигал полости матки. Трубу вкруговую подшивают к матке, а на рану матки накладывают глухие отдельные узловые кетгутовые швы в два этажа (рис. 104,*б*). Если, однако, при развитии интерстициальной беременности произошло значительное разрушение верхней части матки, то вопрос о возможности сохранения беременности теряет смысл. В этих случаях необходимо удалить часть матки (высокая ампутация, дефундация) для спасения жизни женщины. Беременную трубу удаляют полностью, а круглую связку матки и собственную связку яичника пережимают и рассекают. Культи их затем вшивают в рану матки.

Операция при яичниковой беременности. Объем оперативного вмешательства при яичниковой беременности зависит от характера и величины гематомы, возникшей в результате ее нарушения. Объем операции следует ограничить резекцией в пределах неизмененной части. Опыт показывает, что подобное экономное вмешательство оказывается возможным исключительно редко, так как значительно чаще нарушение беременности сопровождается образованием довольно обширной гематомы, в состав которой включаются яичник и труба. Поэтому при такой беременности приходится удалять оба органа.

Техника операции. Лигируют и пересекают собственную и воронкотазовую связки яичника, мезоовариум и мезосальпинкс с иссечением маточного участка трубы.

Культи придатков сближают и перитонизируют круглой связкой матки обычным способом. После осмотра придатков противоположной стороны и туалета брюшную полость ушивают послойно, наглухо.

Примечание. Внутреннее кровотечение из сосудов яичника, иногда довольно значительное, возникает не только при яичниковой беременности. Оно может быть связано с разрывом фолликула или желтого тела, что встречается значительно чаще, чем нарушение яичниковой беременности. Вместе с тем этиология такого кровотечения обычно устанавливается только на операционном столе, так как клиническая картина в обоих случаях почти одинакова, а состояние больных требует экстренной хирургической помощи. Оперативное вмешательство при разрывах яичника сводится к его резекции в пределах здоровых тканей с последующим ушиванием раны обычным способом.

Операция при беременности в рудиментарном роге матки. Развитие беременности в роге матки встречается крайне редко, однако диагностируется она значительно позже, чем трубная, примерно к 12—16-недельному сроку беременности. Именно в эти сроки наблюдается ее прерывание.

Техника операции. Особенности ее состоят в том, что при удалении рудиментарного рога вместе с трубой обеспечивается щадящее отношение к развитой части матки. Лигируют круглую связку зачаточного рога, собственную связку яичника той же стороны, мезосальпинкс удаляемой трубы и ножку рудиментарного рога, соединяющую его с развитой половиной матки. Перитонизацию культей производят круглой связкой, конец которой вместе с концом собственной связки яичника вшивают в верхний отдел раны оставшейся матки.

Нередко в результате разрыва беременного рудиментарного рога возникает обширная гематома, которая не позволяет выделить яичник. В этих случаях технически операция может быть упрощена и ускорена путем одновременного удаления яичника вместе с беременным рогом и трубой. При этом лигируют не собственную связку яичника, а воронкотазовую и брыжейку его. После туалета брюшной полости и удаления из нее крови рану ушивают послойно, наглухо.

Операция при брюшной беременности. Брюшная беременность встречается исключительно редко (0,4% случаев по отношению ко всем формам внематочной беременности), однако значительно чаще яичниковой. Брюшная беременность представляет собой наиболее тяжелую патологию, связанную с эктопическим развитием беременности. Если развитие беременности на стенках матки или на брюшине малого таза в случаях возникающего в результате ее прерывания крово-

течения позволяет хирургу сравнительно легко с ним справиться, то вовлечение в состав плодовместилища петель кишечника, брыжейки, печени, селезенки или других органов брюшной полости создает очень большие трудности. Естественно, что в случае прерывания беременности может возникнуть необходимость частичного или полного удаления органа, участвующего в формировании плацентарной площадки. Эти вмешательства, технически сложные сами по себе, в случае беременности будут выполняться в неблагоприятных условиях, часто при нетипичном развитии дополнительных сосудов. Поэтому хирургическое вмешательство, предпринимаемое по поводу нарушенной беременности, должно выполняться достаточно опытным специалистом с участием хирургов общего профиля. Вместе с тем брюшная беременность относительно редко может развиваться до полной зрелости плода, а в ряде случаев прерывается без выраженных клинических симптомов. Описаны наблюдения, когда погибший плод много лет сохранялся в брюшной полости.

Основная сложность и опасность операции, предпринимаемой по поводу брюшной беременности, состоит в необходимости расширения объема вмешательства с целью остановки опасных кровотечений. В этих случаях приходится нередко производить резекцию кишечника или желудка, а также другие вмешательства. Полное удаление элементов беременности (особенно плаценты) возможно только при исключительно благоприятных формах развития брюшной беременности, когда плацента развивается на наружных стенках матки, листках широкой связки или сальнике. Поэтому, учитывая технические трудности выполнения операции, особенно в случаях обширного вовлечения органов брюшной полости в состав плодовместилища, целесообразно ограничиться лишь извлечением плода и удалением свободно свисающих оболочек, оставив плаценту на месте. Хотя оставление плаценты связано с определенной опасностью, обусловленной длительным процессом некротизации, развитием перитонита и сепсиса, однако эти осложнения возникают значительно позже и борьба с ними в современных условиях может обеспечить лучший эффект, чем мероприятия по остановке кровотечения на операционном столе. Таким образом, если нет уверенности в возможности удаления всего плодного мешка (главным образом плаценты) без нанесения обширной травмы органам брюшной полости, целесообразно ограничиться марсупиализацией[1].

---

[1] Марсупиализация от лат. marsupium — сумка.

Марсупиализация при брюшной беременности. После того как вскрыта брюшная полость и установлена невозможность удаления полностью плодного мешка, следует приступить к извлечению плода и удалению свободно свисающих оболочек, однако с таким расчетом, чтобы оставшуюся их часть можно было подтянуть к брюшной ране. Если плод живой, поступают так же, как при классическом кесаревом сечении. Быстро пережимают пуповину в двух местах, пересекают ее и ребенка передают акушерке. Плодные оболочки подтягивают к брюшной ране (излишки отсекают) и подшивают вкруговую к париетальной брюшине с таким расчетом, чтобы полностью отгородить брюшную полость от полости плодного мешка. Отдельными узловыми швами сближают края мышц и апоневроза брюшной стенки, но оставляют отверстие, сообщающееся с полостью плодного мешка, в который вводят тампон Микулича. На брюшную рану накладывают повязку и производят широкое и тугое бинтование живота.

Процесс некротизации и отторжения плаценты может продолжаться довольно долго (более 2 мес). Брюшная рана заживает вторичным натяжением. В послеоперационном периоде используются все средства для предупреждения возможных воспалительных осложнений (антибиотикотерапия, трансфузия крови, применение белковых растворов, низкомолекулярного поливинилового спирта, витаминизация и другие меры, способствующие снижению интоксикации и повышению защитных сил организма).

Операция по поводу инфицированной внематочной беременности. Инфицирование внематочной беременности является весьма грозной патологией, требующей специальной лечебной тактики. Условия для инфицирования возникают, по-видимому, в результате запоздалой диагностики внематочной беременности. Развитие этого осложнения (независимо от формы внематочной беременности) происходит без острой кровопотери. Постепенно изливающаяся кровь, скапливаясь в заднем своде, образует заматочную гематому, которая с течением времени инфицируется со стороны прямой кишки.

Клиническая картина осложнения типична для тяжелых воспалительных заболеваний и характеризуется температурой гектического типа, частым пульсом, высоким лейкоцитозом со значительным сдвигом в формуле белой крови влево. С помощью пункции свода удается получить свободную кровь, при микроскопическом исследовании которой определяют отдельные распавшиеся эритроциты и много лейкоцитов. В

посеве пунктата обнаруживаются стафилококки, стрептококки или кишечная палочка. В этой очень сложной клинической ситуации решение тактических вопросов представляет серьезную трудность. Можно дать некоторую схему для их решения. Если состояние больной позволяет не спешить с экстренным вмешательством, следует поставить биологическую реакцию на беременность. При положительной реакции, свидетельствующей о наличии функционирующих элементов ворсин хориона, единственно правильным будет решение в пользу чревосечения с целью устранения основного заболевания, хотя и с известным риском вызвать генерализацию воспалительного процесса. При отрицательной реакции, указывающей на отмирание элементов плодного яйца, целесообразнее произвести заднюю кольпотомию с дренированием полости гематомы. В дальнейшем больную следует вести так же, как и при обычном отграниченном пельвиоперитоните после вскрытия гнойной полости.

Глава 14

РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ГИНЕКОЛОГИИ

В связи с развитием общемедицинских знаний и разработкой новых, более совершенных, методов диагностики и лечения различной патологии у женщин в последние годы широкое признание, в том числе и в гинекологической практике, получил ряд специальных методов обследования больных. Это обстоятельство определило необходимость ознакомления работников практических учреждений с методами, наиболее часто употребляемыми в клинических условиях. Применение этих методов обследования больных существенно повысило возможности диагностики в целом и предопределило более качественное и раннее выявление той или иной патологии гениталий. В этом разделе рассматриваются те методы, которые могут быть использованы в общегинекологических стационарах, а также показания и техника выполнения диагностических приемов, в том числе наиболее часто применяющихся в акушерско-гинекологической практике. К их числу относятся гистеросальпингография, гистерография, тазовая флебография (внутрикостная и внутриматочная), пневмогинекография, тазовая прямая лимфография, а также различные виды лапароскопии. Каждый из этих методов используется в зависимости от клинико-диагностической задачи по определенным показаниям при наличии необходимых условий, обеспечивающих возмож-

ность их выполнения. Например, гистеросальпингография может дать наиболее полную информацию о проходимости маточных труб и состоянии истмических частей матки. В большинстве случаев метод позволяет разрешить диагностические затруднения, при необходимости уточнить характер бесплодия и подтвердить или исключить наличие механических препятствий, обусловленных перенесенным воспалительным процессом матки и придатков или наличием пороков развития.

Гистерография может также обеспечить получение данных, свидетельствующих о состоянии слизистой оболочки матки (гиперплазия, полипоз, наличие субмукозных узлов, опухолевая трансформация слизистой) и четко локализовать эти изменения в том или ином отделе матки. В последнем случае нет необходимости выполнять контрастное исследование, добиваясь обязательного тугого заполнения полости матки, так как оказывается вполне достаточным свободное введение контрастного вещества.

Серьезные диагностические затруднения могут возникнуть при необходимости дифференциальной диагностики между фибромиомой матки и кистой (или опухолью) яичников, когда обычные методы исследования не обеспечивают получения надежной информации. В этих случаях постановку диагноза существенно облегчает гистерография или флебография (внутриматочная), в результате которых в первом случае можно получить контуры измененной фиброматозными узлами матки, исключающей отнесение пальпируемой опухоли к придатковым образованиям. Во втором случае внутриматочная флебография дает возможность по состоянию огибающих матку венозных сосудов оценить величину, положение и форму опухоли, составляющей пораженный орган. В противном случае при наличии опухоли или кисты яичника (яичников) сосудистый рисунок будет соответствовать нормальному, характерному для неувеличенной матки, лишь смещенной опухолью яичника в ту или иную сторону.

Аналогичные данные могут быть получены с помощью внутрикостной флебографии в тех случаях, когда внутриматочная флебография может иметь какие-либо противопоказания (воспалительные заболевания матки). Тазовая флебография, кроме того, по характеру и количеству венозных сосудов позволяет оценить протяженность опухолевого процесса в случаях рака шейки матки, главным образом при непосредственном прорастании опухоли в параметральные отделы.

Некоторые затруднения при дифференциальной диагностике

могут быть разрешены с помощью эндоскопических методов обследования брюшной полости, главным образом в тех случаях, когда речь идет об уточнении злокачественной природы поражения придатков. Осмотр тазовой области обычно осуществляется двумя путями: через переднюю брюшную стенку (лапароскопия) или задний свод влагалища (кульдоскопия). В том и другом случае можно получить данные о состоянии придатков, их форме, величине, окраске и других признаках, характерных для злокачественного или доброкачественного процесса.

Эндоскопические методы исследования особенно информативны на ранних этапах развития опухолевого заболевания, когда обычные способы не позволяют поставить диагноз.

Пневмогинекография — один из способов диагностики различных опухолевых заболеваний внутренних половых органов, обеспечивающий получение информации в основном о состоянии матки и ее придатков. Этот вид исследования используется при необходимости проведения дифференциальной диагностики между опухолью матки и придатков, а также для подтверждения интактности внутренних половых органов и отнесения определяемого образования к экстрагенитальным процессам.

Тазовая прямая лимфография используется главным образом при опухолевых заболеваниях матки (рак шейки, рак эндометрия, рак влагалища) и, реже, придатков (рак яичников) для установления протяженности опухолевого процесса и локализации отдельных, метастатически измененных лимфатических узлов таза. Лимфография находит применение, кроме того, и для решения задач топометрии в тех случаях, когда обсуждается вопрос о выборе числа, величины и формы полей облучения при назначении лучевой терапии. В этих случаях лимфография входит в комплекс ряда исследований, предпринимаемых в целях предлучевой подготовки больных. Следует отметить, однако, что каждый из перечисленных методов диагностики должен использоваться обоснованно, причем в случае необходимости может быть применена определенная комбинация различных методов диагностики, если к этому имеются соответствующее показания. Выбор метода предопределяется диагностическими задачами, характером патологического процесса и возможностью их выполнения в условиях того или иного стационара. Вместе с тем рентгенологическая интерпретация является прерогативой рентгенологов, хотя техническое выполнение этих процедур может быть осуществлено гинекологами.

Ниже рассмотрена техника выполнения различных методов контрастной и эндоскопической диагностики, используемых в гинекологической практике.

Гистеросальпингография. Этот вид исследования целесообразнее выполнять во второй фазе менструального цикла, так как в первой фазе введение контрастного вещества может вызвать спазм маточных труб, что существенно искажает данные гистеросальпингографии. Если гистерография предпринимается с целью уточнения величины и формы полости матки, а также состояния эндометрия, то время производства контрастного исследования не имеет значения. Основным показанием к гистеросальпингографии является первичное и вторичное бесплодие. В этом случае метод позволяет подтвердить или исключить непроходимость маточных труб. Кроме того, гистеросальпингография может оказаться полезной для диагностики некоторых пороков развития матки и придатков. Противопоказаниями к этому виду исследования служат острые и подострые инфекционные заболевания (грипп, ангина, тромбофлебит, фурункулез), а также местное инфицирование половых органов (бартолинит, кольпит, эндоцервицит, эндометрит, острые и подострые процессы в придатках матки и клетчатке таза).

Техника гистеросальпингографии. Больную укладывают в положение на спине на краю обычного или специального рентгеновского стола с приподнятыми и приведенными к животу ногами, согнутыми в коленных суставах, как для любой другой влагалищной операции. Подготовка наружных половых органов влагалища и шейки производится обычным методом. Зеркалом и подъемником обнажают влагалищную часть шейки матки, переднюю и заднюю губы захватывают и фиксируют пулевыми щипцами. Перед процедурой проверяют маточным зондом проходимость и направление шеечного канала. Только после этого приступают к самой процедуре. В шеечный канал вводят специальный конический наконечник, периферический конец которого проводят за внутренний зев. Наконечник фиксируют и соединяют с 10-граммовым шприцем, заполненным 4—5 мл рентгеноконтрастной жидкости (йодолипол), подогретой до температуры тела. С усилием, преодолевая некоторое препятствие, рентгеноконтрастное вещество вводят в полость матки, после чего наконечник не извлекают, а переднюю и заднюю губы захватывают одними пулевыми щипцами с тем, чтобы удержать в полости контрастное вещество. Шейку матки и влагалище высушивают марлевыми тампонами для удаления излившегося

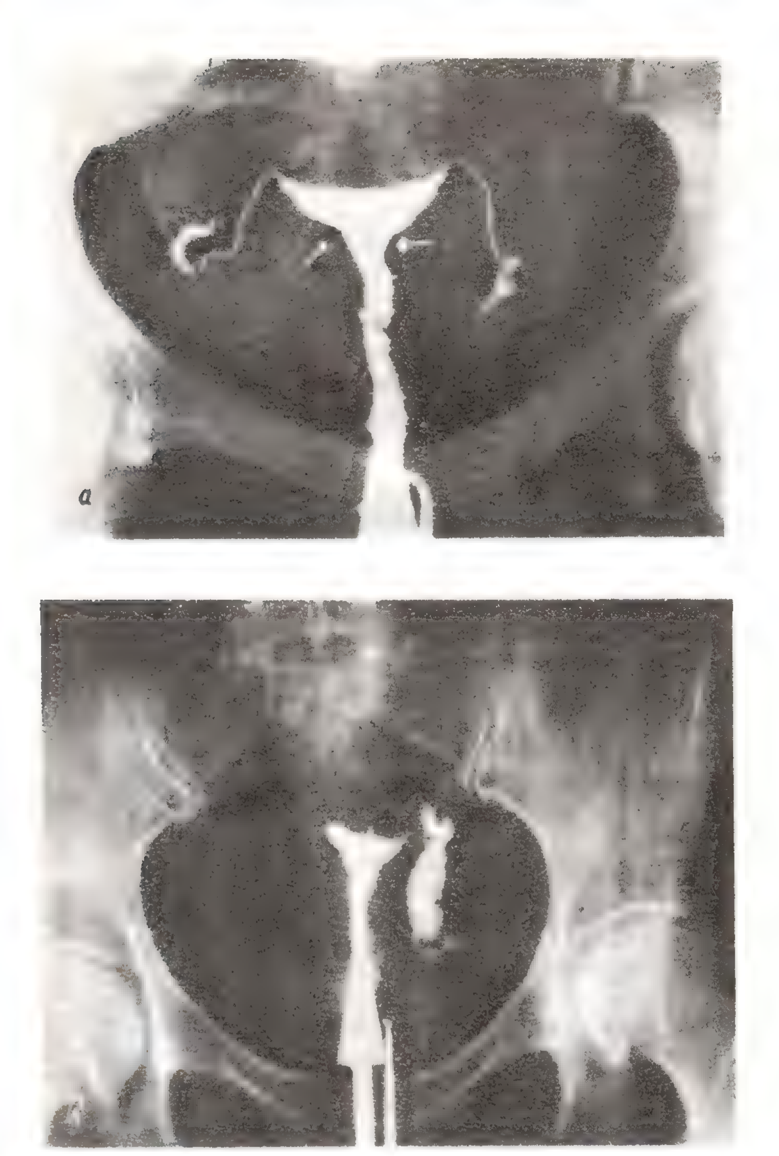


Рис. 105. Гистеросальпингограммы больных с проходимыми (*а*) и непроходимыми (*б*) трубами.

а — трубы полностью заполнены контрастом; контрастное вещество просматривается в свободной брюшной полости; *б* — справа контрастное вещество не поступает в истмическую часть, слева — заполняет трубу до ампулярной области.

во влагалище контрастного вещества. Ноги больной вытягивают и приводят вместе. Первый снимок делают тотчас, причем направление центрального пучка осуществляется на область середины между пучком и лоном. Контрастное вещество при проходимости труб попадает в их полость в первые минуты, поэтому для установления их проходимости второй снимок может быть выполнен через 7—10 мин. В ряде случаев, однако, решить вопрос о проходимости труб по второму снимку оказывается невозможно, так как в результате их спазма контрастное вещество не проникает в брюшную полость. Поэтому в практике принято для этих целей повторять снимок через сутки и оценивать проходимость труб по наличию контрастного вещества в свободной брюшной полости. При непроходимости труб (одной или обеих) контрастное вещество может не проникать уже в истмической части либо заполнять трубу до ампулярной области, которая обычно запаяна. На рис. 105,*а* и *б* приведены гистеросальпингограммы больных с проходимыми и непроходимыми трубами.

На гистерограммах, выполненных с целью уточнения особенностей формы и размеров полости матки, а также для определения состояния эндометрия, оцениваются некоторые другие признаки. В частности, для фибромиом характерны расширение полости, асимметрия контуров, наличие относительно ровных, округлых дефектов заполнения, обусловленных расположением фиброматозных узлов, и др.

Пролиферативные процессы в эндометрии (гиперплазия, полипоз) характеризуются зазубренностью внешних контуров контрастированной полости, а также наличием мелких дефектов заполнения контрастным веществом в местах расположения полипов. При раке эндометрия рентгенологическая картина разнообразна, однако характеризуется расплывчатостью контуров полости, наличием неправильных фигур, образованных контрастным веществом в местах тканевых дефектов (рис. 106,*а*,*б*).

Тазовая флебография. Тазовая флебография является одним из видов рентгеноконтрастных методов исследования венозных сосудов таза, основанных на заполнении их контрастным веществом. В практике используются три основных вида такого контрастирования сосудов, каждый из которых отличается способом введения контраста в организм. Наиболее часто употребляются в клинической практике *внутривенный*, *внутрикостный* и *внутриматочный* способы введения контрастного вещества. В зависимости от способа его введения может быть получено изображение различных отделов венозной системы таза.



Рис. 106. Гистерограммы больных с гиперплазией и полипозом эндометрия (*а*) и раком эндометрия (*б*).

а — видна зазубренность внешних контуров полости матки, мелкие дефекты заполнения; *б* — контуры полости матки расплывчаты, крупные дефекты заполнения неправильной формы.

При внутривенном способе водорастворимое контрастное вещество вводится непосредственно через бедренную вену или путем катетеризации через эту же вену нижней полой вены в область над бифуркацией.

В гинекологической практике для введения контрастного вещества чаще используются лобковые кости.

Внутриматочный способ относится к числу так называемых внутриорганных методов введения контрастного вещества. Наиболее полно удовлетворяет диагностическим целям для получения изображения венозной сети матки и пристеночных сосудов введение контрастного вещества в дно матки со стороны ее полости. При внутривенном и внутрикостном методах введения контрастного вещества на флебограммах получается лишь париетальная венозная система таза, в то время как внутриматочный способ обеспечивает изображение как париетальной, так и висцеральной венозных сетей. Для всех видов флебографии используются только водорастворимые контрастные вещества и ни в коем случае не масляные растворы, применение которых в этих случаях чревато возникновением эмболий. Перед назначением больной на флебографию следует уточнить переносимость йодистых препаратов путем кожной пробы.

Техника внутриматочной флебографии. Процедура выполняется в положении больной на спине с приподнятыми и согнутыми в коленях ногами, на обычном или специальном рентгеновском столе, на котором можно осуществить вслед за введением контрастного вещества рентгенограмму таза. Зеркалами обнажают влагалищную часть шейки матки. Обработку операционного поля производят обычным способом. Переднюю или обе губы шейки захватывают пулевыми щипцами. Зондом определяют направление и проходимость шеечного канала, а также расстояние до дна матки. Затем в полость матки вводят широкую иглу с острым мандреном и вкалывают в дно матки на глубину 3—4 мм. Мандрен извлекают, а иглу соединяют со шприцем-инжектором, заполненным 3—4 мл водорастворимого контрастного вещества (верографин 76%, уротраст 75%), и с определенным усилием вводят в мышцу матки. Рентгенограмма производится тотчас, как только будет введено все контрастное вещество. В этих случаях на рентгенограммах будут довольно отчетливо получены венозные сосуды матки и придатков со всеми их особенностями, характерными для той или иной патологии. Центрация пучка производится на середину между пупком и лоном. После выполнения рентгено-



Рис. 107. Флебограмма таза больной с фибромиомой матки (*а*) и кистой яичника (*б*).

а — матка увеличена, имеет неровные внешние контуры в местах расположения отдельных узлов; *б* — контуры матки ровные, орган не увеличен, венозные отводящие сосуды широко огибают опухоль слева, располагающуюся в малом тазу

граммы из полости матки извлекают иглу и снимают пулевые щипцы. Больную переводят в палату. На рис. 107 приведены флебограммы больных, страдающих фибромиомой (а) и кистой яичника (б). Противопоказанием к внутриматочной флебографии являются острые инфекционные заболевания и инфицирование половых путей.

Пневмогинекография. Этот вид исследования относится к числу методов газовой рентгенопельвиографии, основанной на создании искусственного газового контраста (пневмоперитонеум). Рентгенограммы, выполненные в этих условиях, достаточно полно позволяют ориентироваться в состоянии органов малого таза. Как известно, ткани внутренних органов не дают четкой тени на обычных рентгенограммах таза. Введение газа (кислород, воздух, закись азота) в брюшную полость позволяет на рентгенограммах выделить на фоне газового контраста внутренние половые органы и уточнить их величину, форму, положение и другие признаки, характерные для той или иной гинекологической патологии. В последние годы в гинекологической практике стали применяться более сложные методы рентгеноконтрастного исследования больных, в частности с использованием так называемого двойного контрастирования *(биконтрастная рентгенопельвиография).* Сущность такого метода состоит в том, что вначале создается пневмоперитонеум, а затем производится гистеросальпингография. Двойное контрастирование позволяет отчетливо видеть на рентгенограммах контуры полости матки, а на фоне газа — весь орган в целом. Контрастированная таким образом матка дает возможность оценить величину органа, толщину ее стенок, расположение отдельных фиброматозных узлов (при фибриомах) и другие признаки той или иной патологии. Получение, например, нормальных контуров матки (внутренние и наружные) при наличии опухоли в малом тазу позволяет провести дифференциальную диагностику между опухолью (киста) яичника и матки или экстрагенитальным образованием в случаях диагностических затруднений.

Искусственный пневмоперитонеум может быть создан с помощью специального аппарата А-41 завода «Красногвардеец». Принцип работы аппарата состоит в том, что введение газа в брюшную полость осуществляется за счет напорного баллона, заполненного жидкостью (0,1% раствор сулемы или 3% раствор карболовой кислоты), который устанавливается выше рабочего баллона, содержащего воздух или газ. Аппарат приводится в действие поворотом распределительного крана, в результате чего жидкость перемещается в рабочий баллон

и вытесняет из него газ. Рабочий баллон с помощью резиновой трубки связан с пункционной иглой, которой проникают в брюшную полость. Гидростатическое давление в момент введения газа может быть определено на основании разности высот уровней жидкости в обоих баллонах. Регулирование скорости введения газа осуществляется переменой высоты расположения напорного баллона. Давление в брюшной полости контролируется манометром, которым снабжен аппарат. Пункция брюшной полости производится обычно иглами с мандреном, имеющими диаметр 1,5—2 мм и длину 10—12 см. Прокол брюшной стенки осуществляется иглой с мандреном во избежание попадания кусочков тканей в просвет иглы. Соединительные трубки и иглы перед процедурой наложения пневмоперитонеума стерилизуют обычным способом.

Подготовка больной к газовой рентгенопельвиографии. Перед исследованием важно хорошо очистить кишечник. Поэтому вечером накануне, а также утром в день исследования ставят очистительные клизмы. Ужин накануне и завтрак в день исследования исключаются. Перед самым исследованием опорожняют мочевой пузырь с помощью катетера. Больную переводят в процедурную или операционную и укладывают на операционный стол в положении на спине. Пункцию брюшной полости производят с соблюдением правил асептики. Участники операции (врач, медицинская сестра) готовятся так же, как и для чревосечения.

Техника наложения пневмоперитонеума. Переднюю брюшную стенку обрабатывают спиртом и настойкой йода. Операционное поле обкладывают стерильными простынями, как это принято для операции чревосечения. Место для прокола брюшной полости может быть выбрано любое, где не имеется послеоперационных рубцов и кожных дефектов, а также в области, свободной от опухолевых образований, располагающихся в брюшной полости. Однако предпочтительнее использовать, как рекомендуют некоторые авторы, нижние отделы брюшной стенки. Наиболее удобным местом для прокола является область слева и ниже пупка.

Прокол производят перпендикулярно поверхности брюшной стенки на соответствующую глубину в зависимости от ее толщины. Перед пункцией больной предлагают надуть живот. После введения иглы мандрен извлекают. Для контроля попадания в брюшную полость может быть использован прием со шприцем, наполовину заполненным раствором новокаина, который насаживается на введенную в брюшную полость иглу.

Поршень подтягивают кверху и в случае попадания в брюшную полость в шприц будет засасываться воздух. Убедившись, что игла находится в брюшной полости, соединяют ее с аппаратом и производят нагнетание газа. Первые этапы введения газа чрезвычайно ответственны, так как в случае выхождения иглы из брюшной полости газ может попасть в область подкожной клетчатки, что легко определяется по симптому крепитации за счет образования эмфиземы. Наоборот, при попадании газа в брюшную полость будут определяться тимпанит и исчезновение печеночной тупости при перкуссии. Поступление газа в брюшную полость может контролироваться также по показаниям манометра. После введения первых 50 мл газа при вдохе давление становится положительным, а при выдохе — отрицательным. Отсутствие колебаний в показаниях манометра будет свидетельствовать о том, что газ попадает в ткани. Указанные признаки требуют проверки проходимости иглы мандреном или продвижения ее глубже, до получения признаков попадания иглы в брюшную полость. Газ в брюшную полость вводят достаточно медленно, не более 200 мл в минуту, во избежание болезненных ощущений, которые могут возникнуть у больных. Обычно для производства рентгенопельвиографии достаточно брюшную полость заполнить 1200 мл газа. Большее количество газа больные воспринимают плохо, так как у них возникают чувство распирания живота, давление в подложечной области, боли в надключичных областях (френикус-симптом). После введения газа в брюшную полость иглу извлекают, рану обрабатывают настойкой йода и приклеивают стерильную повязку.

Наложение искусственного пневмоперитонеума в большинстве случаев не сопровождается серьезными осложнениями, а возникающие неприятные ощущения довольно быстро проходят самостоятельно. После завершения всего объема исследований больной назначают постельный режим в течение суток.

Противопоказанием к наложению пневмоперитонеума является общее тяжелое состояние больных, легочная недостаточность, пороки сердца с расстройствами кровообращения, коронарная недостаточность, острые воспалительные заболевания брюшной полости и малого таза. Наличие асцита не относится к числу противопоказаний, а лишь усложняет процедуру, требуя предварительной эвакуации жидкости.

Рентгенография таза на фоне пневмоперитонеума выполняется тотчас после введения газа в брюшную полость. Из процедурной больную с наложенным пневмоперитонеумом



Рис. 108. Пневмопельвиограмма больной с фибромиомой матки: видны увеличенные контуры матки за счет большого субсерозного узла.

переводят на каталке в рентгеновский кабинет. Для рентгенологического исследования больную укладывают в положение на животе, а столу аппарата придают наклонное положение, опустив головной конец примерно на 40° по отношению к вертикали. Центрация пучка производится в направлении сверху вниз через верхушку копчика на центр соответственно наклонно расположенной кассеты. Как правило, одной рентгенограммы, произведенной в этом положении, бывает достаточно для решения основных диагностических задач (рис. 108). Тем не менее при необходимости могут быть выполнены снимки в некоторых других специальных положениях больной, выбор которых определяется рентгенологом.

Биконтрастная рентгенопельвиография. Сущность метода состоит в создании двойного контрастирования органов малого таза, которое выполняется с использованием двух различных рентгеноконтрастных веществ: газа, вводимого в брюшную полость (пневмоперитонеум) и контрастирования

полости матки (гистерография) или мочевого пузыря и прямой кишки. Контрастирование того или иного органа выбирается в зависимости от диагностических задач. В гинекологической практике чаще применяют сочетание пневмоперитонеума и гистеросальпингографии.

В этом исследовании первым этапом является наложение пневмоперитонеума, как было описано выше, затем выполняется рентгенопельвиограмма по тому же принципу и в том же положении. Вторым этапом производится гистеросальпингография по описанному выше методу и выполняется рентгенограмма таза в горизонтальном положении на спине. Техника гистеросальпингографии не отличается от описанной выше. Третий этап — производство рентгенограммы больной на животе, с опущенным головным концом стола (под углом 40° к вертикали), так же как и при выполнении первого снимка с пневмоперитонеумом. Изучение всех трех рентгенограмм, выполненных в разных положениях больной с одним и двойным контрастированием, позволяет получить более полную информацию о состоянии внутренних половых органов, главным образом матки и придатков (рис. 109). Интерпретацию данных рентгенограмм производит рентгенолог.

Контрастирование мочевого пузыря и прямой кишки на фоне пневмоперитонеума имеет большое прикладное значение, так как получение данных о положении, форме и других признаках, характерных для этих органов, чаще требуется для решения топометрических задач, входящих в комплекс предлучевой подготовки больных. Как самостоятельный вид исследования для оценки состояния этих органов двойное контрастирование имеет меньшее значение.

Прямая тазовая лимфография. Известно, что различные вещества, в том числе рентгеноконтрастные, будучи введены в область подкожной клетчатки, легко всасываются лимфатическими капиллярами и оседают в лимфатических узлах. В случае введения, например, красящих веществ можно получить окрашивание лимфатических сосудов и узлов. Сущность метода прямой лимфографии состоит в том, что рентгеноконтрастное вещество вводится непосредственно в уже окрашенные лимфатические сосуды, например нижней конечности. Контрастное вещество, продвигаясь по лимфатическим путям, постепенно заполняет весь лимфатический коллектор. По данным лимфограмм, выполненных в разные сроки после введения контрастного вещества, можно изучать состояние лимфатических путей и лимфатических узлов различных областей тела человека. Метод прямой лимфографии был пред-

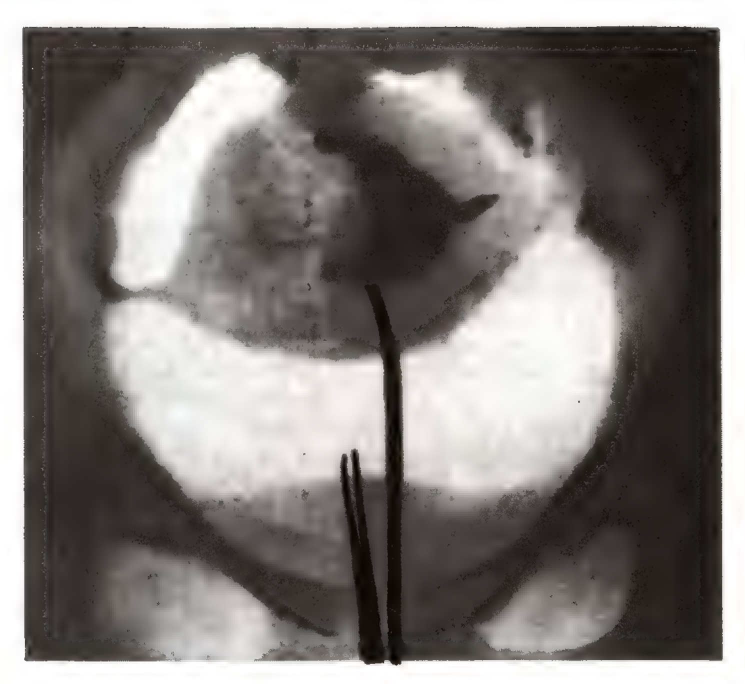


Рис. 109. Пневмопельвиограмма с использованием двойного контрастирования: на фоне увеличенной (фибромиома) матки видны контуры полости с субмукозным расположением узла.

ложен в 1954 г. Kinmoth и Taylor, а в дальнейшем завоевал повсеместное широкое признание.

В гинекологической практике наибольшее распространение получила тазовая прямая лимфография, которая осуществляется путем введения контрастного вещества в предварительно окрашенные (синькой Эванса) лимфатические сосуды тыла стопы. Этот метод дает возможность оценить состояние лимфатического коллектора паховой, тазовой и забрюшинной областей соответствующей стороны. В условиях клиники для решения различных диагностических задач чаще возникает необходимость производства двусторонней лимфографии. Диагностические возможности прямой тазовой лимфографии достаточно широки. В большинстве случаев этот вид обследования больных используется для оценки протяженности опухолевого процесса, например при раке шейки матки или эндометрия. Специфические изменения, обнаруженные в лимфатических узлах таза, или другие признаки, свидетельству-

ющие о поражении лимфатических путей опухолью, дают возможность уточнить стадию заболевания. Как известно, от распространенности опухолевого процесса существенно зависит выбор метода лечения. Данные лимфографии, кроме того, могут быть использованы для решения различных задач топометрии при назначении лучевого лечения по поводу злокачественных новообразований гениталий. Рентгенологическая верификация и уточнение расположения пораженных опухолью лимфатических узлов вместе с другими данными, характеризующими опухолевый процесс, позволяют составлять индивидуальные программы лучевой терапии, которая затем реализуется в оптимальных условиях. В других случаях лимфография для диагностических целей в гинекологической практике имеет меньшее значение и используется относительно реже.

Обычно прямая тазовая лимфография выполняется в условиях гинекологического стационара (в малой операционной) хирургом-гинекологом, а интерпретация данных лимфограмм осуществляется рентгенологом.

Для окрашивания лимфатических сосудов стопы может быть использована патентованная синька (patent-blue violet) или синька Эванса (Evans blue). На одно исследование достаточно 1 мл 0,25% раствора синьки Эванса на новокаине.

В качестве рентгеноконтрастных веществ могут быть применены как водорастворимые, так и масляные препараты. Несмотря на то что водорастворимые контрастные вещества довольно быстро заполняют лимфатический коллектор, их использование менее удобно, так как они так же быстро выводятся из сосудов и лимфатических узлов. Это обстоятельство требует довольно быстрого, вслед за окончанием введения контрастного вещества, производства рентгенограмм. Поэтому в клинической практике более широкое распространение получили различные масляные контрастные вещества, в том числе и отечественный препарат йодолипол. Вместе с тем масляные препараты обладают более вязкими свойствами, что существенно удлиняет введение контрастного вещества (до 2 ч) и требует создания при этом достаточно большого давления. Поэтому применяются специальные приспособления, с помощью которых масляное контрастное вещество из шприцев поступает в лимфатические сосуды под определенным давлением. В последние годы отечественная промышленность выпускает для лимфографии автоматические инжекторы, в которых необходимое давление для поступления контрастного вещества в лимфатические сосуды осуществляется электромотором.

Применение масляных веществ более выгодно, так как осевший в лимфатических узлах препарат может сохраняться в них довольно продолжительное время (до полугода). С другой стороны, их использование может сопровождаться осложнениями, например жировой эмболией.

Подготовка больных к лимфографии. Особой подготовки к этому виду обследования больных не требуется. Вместе с тем целесообразно очистить кишечник (клизма) накануне дня исследования. В день исследования больная может позавтракать, но не должна обедать. Перед исследованием больная должна вымыть ноги, остричь на них ногти и сбрить волосы с тыла стопы.

Техника прямой тазовой лимфографии. Больную укладывают на операционном столе, как обычно, в положении на спине. Для удобства выполнения разреза и нахождения лимфатических сосудов ноги больной сгибают в коленных суставах так, чтобы ступни ног плотно упирались в поверхность стола. Операционное поле обрабатывают спиртом и настойкой йода. Хирург и помощник готовятся так же, как к любому хирургическому вмешательству.

Первый этап — введение под кожу красящего вещества (1 мл 0,25% раствора синьки Эванса, смешанной с 1 мл 0,5% или 1% раствора новокаина). Приготовленный раствор с помощью шприца и иглы вводят под кожу в первый межпальцевый промежуток стопы непосредственно перед разрезом кожи, так как поступление его в лимфатические сосуды происходит достаточно быстро. Сосуды после разреза кожи довольно легко обнаруживаются в результате окрашивания в синий цвет.

Второй этап — анестезия и разрез кожи тыльной поверхности стопы. Место для разреза выбирают на границе нижней и средней третей передней поверхности стопы, в области, где проходят крупные отводящие лимфатические сосуды. Следует отметить, что разрез кожи необходимо выполнять с максимальной осторожностью и не глубоко, так как существует реальная опасность пересечь поверхностно расположенные лимфатические сосуды. Ранение сосудов легко распознается по вытеканию из них в подкожную клетчатку красителя. Среди различных разрезов кожи (продольный, косой, поперечный) наиболее удобен поперечный, хотя он таит в себе большую опасность ранения сосудов. Тем не менее такой разрез обеспечивает более легкое отыскание окрашенных лимфатических сосудов. Разрез кожи делают длиной 2—3 см поперек стопы. В случае необходимости он может быть продолжен в обе

стороны. Рану для лучшей обзорности широко раздвигают тупыми крючками и тщательно высушивают. Кровоточащие сосуды пережимают зажимами. Необходимость в лигировании поврежденного, чаще артериального, сосуда возникает исключительно редко.

Третий этап — отыскание достаточно крупного по калибру лимфатического сосуда и введение в него специальной тонкой иглы. Обычно после раздвигания краев раны в ней обнаруживается окрашенный в синий цвет лимфатический сосуд или несколько сосудов. Если этого не происходит, хирург пинцетом и скальпелем осторожно раздвигает клетчатку и перемещает края кожного разреза в стороны, после чего сосуд достаточного калибра будет найден. Для введения иглы достаточно, чтобы диаметр лимфатического сосуда был от 0,8 до 1 мм. Для лучшего проникновения иглы целесообразно с выделенного сосуда на некотором протяжении отсепаровать его наружную оболочку. Все манипуляции с отысканием и подготовкой сосуда к введению иглы лучше производить с помощью лобной лупы и при достаточной освещенности операционного поля.

Для прокола лимфатического сосуда выбирают тонкую (внутрикожного типа) иглу с острым, несколько скошенным концом. Попав в сосуд, игла продвигается по нему на 0,5—1 см. Для облегчения прокола целесообразно выделенный сосуд зафиксировать, подведя под него тонкий зонд или захватив ниже места прокола глазным пинцетом оболочку сосуда. Введенную в сосуд иглу, если это необходимо, фиксируют в ране путем наложения неширокой ленты-пластыря на полиэтиленовую трубку, соединяющую иглу с инжектором. Обычно при известном навыке этот этап выполняется достаточно легко и не требует специальной фиксации иглы.

Четвертый этап — введение контрастного вещества. Общее количество масляного контрастного вещества (йодолипол) определяется диагностической задачей. Если ставится цель контрастировать лимфатические сосуды конечности, паховые и подвздошные лимфатические узлы, то для их заполнения контрастным веществом достаточно использовать 3—4 мл препарата. При необходимости выявления общих подвздошных и поясничных узлов количество контрастного вещества увеличивается до 8—10 мл. Вся процедура введения контрастного вещества в среднем занимает около 2 ч. При использовании автоматического инжектора (с электромотором) врачу приходится лишь наблюдать за ходом процедуры и следить, чтобы не произошло выскальзывания иглы из сосуда или

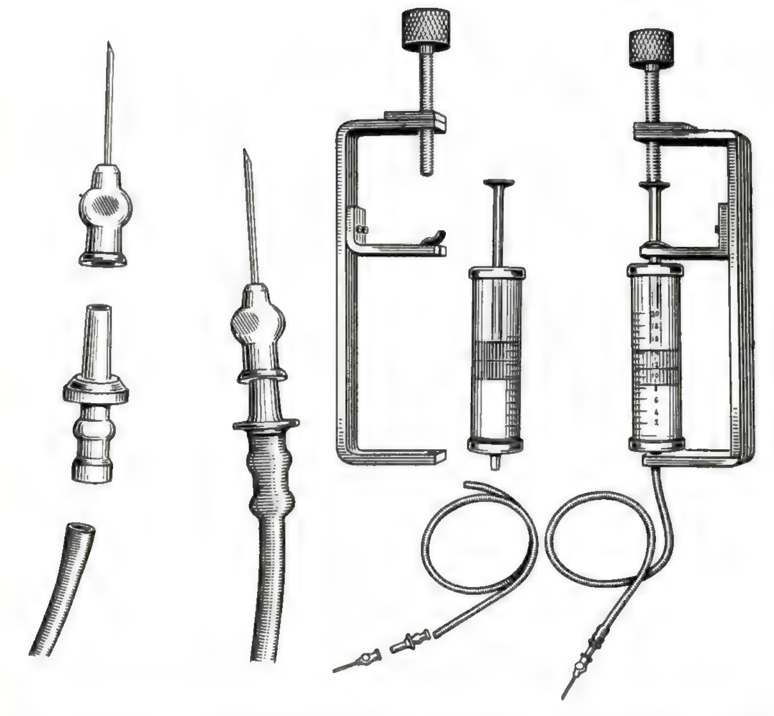


Рис. 110. Механическое приспособление для ручного введения в лимфатический сосуд масляного контрастного вещества конструкции Лукьянченко.

ее закупоривания. В практике используются различные механические приспособления, приводимые в движение ручным способом (рис. 110). Скорость введения контрастного вещества не должна превышать 1 мл за 15 мин. Обычно к концу введения контрастного вещества больные отмечают умеренные болезненные ощущения в паховых и тазовой областях, возникающие в результате растяжения лимфатических сосудов создаваемым в системе давлением. Эти ощущения вскоре проходят самостоятельно и не требуют специальных мер для их устранения.

По окончании введения контрастного вещества иглу извлекают из лимфатического сосуда, из раны удаляют излившуюся часть контраста, а рану обкалывают раствором пенициллина, разведенного 0,5% раствором новокаина. На рану накладывают 2—3 шелковых шва, обрабатывают настойкой йода и закрывают стерильной повязкой. Завершается процедура производством рентгенограммы. Как показала клиническая прак-



Рис. 111. Лимфограмма больной раком шейки матки: видны лимфатические коллекторы с обеих сторон.

тика, первые снимки следует делать примерно через 20—25 мин после окончания введения контрастного вещества. На этом этапе лимфограммы дают возможность изучить состояние лимфатических сосудов и фазу заполнения некоторых лимфатических узлов. Вторые снимки (в случае необходимости в разных проекциях) целесообразно выполнить через 1—2 сут. К этому времени большинство лимфатических сосудов освобождается от контрастного вещества, которое кумулируется в основном в лимфатических узлах. По данным вторых лимфограмм можно судить о состоянии лимфатических узлов в различных отделах (паховые, тазовые, поясничные), а также об их числе и расположении (рис. 111).

В гинекологической практике в большинстве случаев необходимость в прямой тазовой лимфографии возникает при решении диагностических задач, связанных с установлением опухолевого поражения лимфатических узлов при злокачественных новообразованиях гениталий. Оценку состояния лимфатических сосудов и узлов таза осуществляет врач-рентге-

нолог самостоятельно или путем совместного обсуждения полученных данных с хирургом-гинекологом при выборе комбинированного метода лечения больных.

Эндоскопические методы исследования в гинекологической практике. Среди многочисленных методов эндоскопического исследования внутренних органов человека с помощью оптических инструментов наиболее широкое применение в гинекологической практике получили лапароскопия и кульдоскопия. Сущность лапароскопии состоит в том, что оптический инструмент вводится в брюшную полость со стороны передней брюшной стенки, а при кульдоскопии — через задний свод влагалища. Между этими двумя способами обследования существует определенное различие, которое определяет диагностические возможности каждого из них. Применение того или иного метода осуществляется по определенным показаниям, а для его выполнения требуются соответствующие условия. Например, полагают, что лапароскопия проще в техническом исполнении при сращениях в области малого таза, так как подобные сращения в области передней брюшной стенки встречаются значительно реже, что обеспечивает более простое вхождение инструментов в брюшную полость. Кульдоскопия может встретить затруднения при острых воспалительных процессах в малом тазу или наличии опухолевых образований, а также массивных сращений с кишечником и фиксированном загибе матки. Полагают также, что возможное ранение кишечника при кульдоскопии менее опасно, чем при лапароскопии (толстая и тонкая кишка). Вместе с тем известное преимущество кульдоскопии в отличие от лапароскопии видят в том, что для ее выполнения не требуется создания искусственного пневмоперитонеума, так как положение больной, при котором производится исследование, обеспечивает самопроизвольное попадание воздуха в брюшную полость.

Таким образом, рассмотренные факторы позволяют высказать точку зрения, что тот или иной метод эндоскопического исследования должен использоваться в зависимости от поставленных диагностических задач, а также с учетом тех условий, в которых производится само исследование. Естественно, что при заполнении заднего свода опухолевыми массами или наличии в этой области широких сращений с кишечником кульдоскопия теряет смысл, в то время как лапароскопия позволяет обследовать ту же область малого таза при наличии указанной патологии. Наоборот, бывшие чревосечения, предпринятые по тем или иным поводам, а также наличие массивных неподвижных опухолевых образо-

ваний в брюшной полости могут существенно осложнять проникновение инструментом через переднюю брюшную стенку. В этих случаях кульдоскопия будет иметь несомненные преимущества.

Информативность обоих методов весьма высока, так как позволяет оценивать патологические изменения со стороны внутренних половых органов, особенно придатков (опухоли яичников), на ранних этапах развития, диагностика которых до настоящего времени представляет особые трудности.

Лапароскопия. Сущность метода состоит в прямом осмотре органов брюшной полости, в том числе половых, с помощью специального оптического инструмента — эндоскопа, который вводится в брюшную полость через создаваемое отверстие в различных отделах передней брюшной стенки.

П о д г о т о в к а б о л ь н о й к о п е р а ц и и такая же, как и для наложения пневмоперитонеума. Накануне дня исследования вечером и утром в день исследования ставят очистительные клизмы. Вечером и утром больная не должна ужинать и завтракать. За 15—20 мин до исследования подкожно вводят 1 мл 2% раствора промедола. Непосредственно перед исследованием мочевой пузырь опорожняют катетером. Лапароскопия производится обязательно в условиях операционной с соблюдением всех мер асептики и антисептики.

Т е х н и к а л а п а р о с к о п и и. В положении для влагалищных исследований (ноги закреплены в ногодержателях) зеркалами обнажают влагалищную часть шейки матки и для фиксации захватывают двумя парами пулевых щипцов. Затем операционное поле (передняя брюшная стенка) обрабатывают спиртом и настойкой йода и обкладывают стерильными простынями. Область между пупком и лоном, в том числе пупок, анестезируют 0,5% раствором новокаина. Обезболивание может быть осуществлено также с помощью кратковременного внутривенного наркоза. Предварительно перед лапароскопией создается искусственный пневмоперитонеум, как было описано на с. 217. Для фиксации брюшной стенки пупок прошивают шелковой лигатурой, которую для удобства захватывают зажимом. Больной придается положение Тренделенбурга, примерно на 40° по отношению к горизонтали. На середине расстояния между пупком и лоном по средней линии делают разрез кожи и подкожной клетчатки до апоневроза длиной 2 см. Этот этап удобнее выполнить, если помощник будет подтягивать пупок за лигатуру в направлении кверху и в сторону опущенной головы больной. Апоневроз прокалывают троакаром диаметром не менее 6—7 мл. Прокол брюш-

ной стенки делают перпендикулярно поверхности апоневроза, мандрен (стилет) извлекают и в трубку вводят эндоскоп.

Для оптического исследования может быть использован эндоскоп с прямой или боковой оптикой, в зависимости от имеющихся условий, установленных при осмотре. Для лучшего обзора внутренних половых органов помощник может помогать исследующему путем потягивания за пулевые щипцы, наложенные на шейку матки. Такой осмотр позволяет определить величину, форму, окраску матки, труб, яичников, а также кишечника и, в случае необходимости, другие органы брюшной полости. По окончании исследования эндоскоп извлекают, а через трубку троакара выжимают введенный в брюшную полость газ, после чего трубку троакара извлекают. На рану брюшной стенки накладывают 1—2 шелковых шва и стерильную повязку. В течение суток назначается постельный режим.

Кульдоскопия. В отличие от лапароскопии этот метод исследования состоит в том, что в брюшную полость проникают через задний свод влагалища и осмотр внутренних половых органов осуществляют через предварительно созданное кольпотомическое отверстие.

Подготовка больных к кульдоскопии ничем не отличается от подготовки, выполняемой при лапароскопии. Такое исследование может производиться в малой операционной с соблюдением правил асептики и антисептики. Больную укладывают на гинекологическом кресле в обычном положении на спине с разведенными ногами.

Техника кульдоскопии. Наружные половые органы, влагалище и шейку обрабатывают спиртом и настойкой йода. Зеркалами обнажают шейку матки и заднюю губу ее захватывают пулевыми щипцами. Парацервикальные отделы (задние, боковые и передние) обезболивают раствором новокаина. Затем на этом же кресле больную переводят в коленно-локтевое положение. Спинку кресла выравнивают, а головной конец несколько опускают. В результате такой укладки голова и грудь больной упираются в основание спинки кресла, а тазовая область приподнимается. Больной предлагают максимально прогнуть поясничную область. В таком положении влагалище обнажают желобоватым зеркалом, которым подтягивают промежность кверху. За пулевые щипцы заднюю губу шейки низводят ко входу во влагалище, в результате чего достаточно хорошо обнажается задний свод. По средней линии задний свод прокалывают длинной толстой иглой. Попадание иглы в брюшную полость может быть установлено по ха-

рактерному признаку попадания воздуха с шумом в брюшную полость. Прокол заднего свода троакаром следует производить не тотчас, а спустя 1—2 мин, чтобы петли кишечника вследствие собственной тяжести переместились в сторону опущенной диафрагмы, а брюшная полость заполнилась достаточным количеством воздуха.

Затем по введенной через свод игле скальпелем делают разрез заднего свода влагалища длиной не более 0,5 см, как при задней кольпотомии, и иглу извлекают. В созданное в своде отверстие проникают троакаром и извлекают мандрен (стилет). В трубку троакара вводят кульдоскоп с боковой оптикой и приступают к осмотру внутренних половых органов. Этот метод исследования дает возможность детально осмотреть прежде всего заднюю поверхность матки (но не орган в целом), цвет брюшины и другие патологические изменения в этой области (спайки, опухолевые высыпания), а также яичники, причем не оба сразу, а поочередно, так как все внутренние половые органы не попадают в поле зрения. Кроме того, с помощью кульдоскопии можно оценить состояние маточных труб и брюшины свода. При исследовании хирург может улучшать обзорность путем движения шейки матки за пулевые щипцы или помогать себе путем надавливания рукой на переднюю брюшную стенку над лоном. Этими приемами удается приблизить к инструменту различные отделы внутренних половых органов и тщательно их осмотреть. По завершении осмотра больной предлагают сделать глубокий вдох и выдох, в результате чего из брюшной полости через трубку троакара удаляется воздух. Трубку извлекают, а на кольпотомическое отверстие накладывают кетгутовый шов. Рану обрабатывают настойкой йода и больную на каталке переводят в палату. Назначается постельный режим в течение суток.

Обычно лапароскопия и кульдоскопия протекают без осложнений. Как после первого, так и второго исследований в течение 3—4 дней больных могут беспокоить неприятные ощущения в подложечной области и френикус-симптом, которые проходят самостоятельно.

ЧАСТЬ IV

ХИРУРГИЧЕСКОЕ, КОМБИНИРОВАННОЕ И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ

Глава 15

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ

Объем и специальная тематическая направленность настоящего руководства не позволяют широко рассмотреть многочисленные аспекты современной онкологии даже применительно к ее частному разделу — гинекологии. Вместе с тем необходимость обсуждения вопросов хирургического лечения злокачественных новообразований гениталий требует ознакомления с некоторыми общими принципами онкологии и особенностями специальных методов терапии (не хирургического плана), входящих в системы комбинированного и комплексного лечения гинекологических больных.

Современная онкологическая практика широко использует хирургические, лучевые и лекарственные методы лечения злокачественных новообразований гениталий, причем хирургический этап часто составляет только часть широкой программы и не имеет самостоятельного значения. Этот принцип наиболее часто используется при реализации комбинированного лечения, например при таких заболеваниях, как рак яичников, рак шейки или тела матки, и ряде других локализаций. Естественно, что выбор метода лечения должен зависеть от характера заболевания и некоторых биологических особенностей опухолевого процесса. Поэтому в таких случаях следует учитывать чувствительность опухоли к лучевому фактору (например, эпителиальный рак шейки матки) или лекарственному воздействию (некоторые цистаденокарциномы яичников), а также многочисленные особенности клинического проявления опухолевого заболевания. Опыт свидетельствует, что использование какого-либо одного из методов лечения, как правило, не обеспечивает необходимого эффекта и только с помощью нескольких видов терапии может быть достигнуто надежное и продолжительное излечение больных.

К комбинированным методам относят использование двух различных по характеру видов лечения у одной и той же

больной, например применение в течение определенного периода один за другим (или одновременно) хирургического и лекарственного, хирургического или лучевого и лекарственного видов терапии.

Широкое распространение получили также сочетанные методы лечения, сущность которых состоит в использовании различных лечебных средств, одинаково действующих на опухоль. В гинекологической практике, например, широко применяют различные методы сочетанной лучевой терапии, которые предусматривают использование различных видов и способов облучения опухолевых очагов (дистанционное и внутриполостное облучение). Этот принцип в одинаковой мере относится и к сочетанным методам лекарственной терапии, при которых используются противоопухолевые препараты разного действия (например, антиметаболиты и противоопухолевые антибиотики или антиметаболиты и алкилирующие соединения). Существуют и комплексные методы лечения больных, при которых используется большее число различных видов (хирургический, лучевой и лекарственный) терапии.

Следует отметить, что для применения этих способов лечения требуются определенные показания, а также соответствующие условия, в которых любой из этих методов реализуется наиболее оптимально. Поэтому каждый метод лечения должен иметь четкую программу, учитывающую последовательность применения каждого из видов терапии, их возможный вклад в конечный результат. Существенное значение в этом отношении имеют особенности клинического проявления опухолевого заболевания, а также нередко возникающие реакции и повреждения органов и систем организма. Именно по этим соображениям совершенно недопустимо хаотичное, методически необоснованное применение лечебных средств, без учета различных периодов развития заболевания, поставленных целей и тем более в учреждениях, персонал которых не имеет соответствующего опыта.

В гинекологической практике чаще всего комбинированный метод применяют для лечения рака наружных половых органов, рака шейки матки и эндометрия (хирургический и лучевой виды лечения), а также рака яичников (лекарственный и хирургический или наоборот). Лучевые методы используются в качестве послеоперационного облучения, реже — предоперационного. При опухолях яичников лучевая терапия имеет меньшее значение, так как в практике широко используются достаточно эффективные противоопухолевые препараты, сочетание которых с хирургическим вмешательством

обеспечивает достижение длительной ремиссии, реже — стойкого излечения.

Критерием излеченности больной принято считать пятилетний срок, в течение которого не наблюдается рецидивов и метастазов. Тем не менее этот срок не всегда достаточен для характеристики полного излечения. Опыт показывает, что в ряде случаев даже при таких заболеваниях, как рак шейки матки, клинические признаки метастазирования могут проявляться по прошествии 5 лет и более после завершения того или иного метода лечения. По-видимому, в этих случаях имеет место раннее метастазирование (до начала лечения), развитие которого совершалось затем исподволь, без существенных клинических проявлений заболевания. Естественно также, что длительная выживаемость больных зависит от морфологических особенностей опухоли (потенция клеточных элементов опухоли), распространенности процесса и формы роста опухоли. В этих случаях существенное значение может иметь также общая сопротивляемость организма, в том числе иммунные механизмы защиты. Подтверждением этого положения могут служить некоторые особенности клинического течения различных по генезу и локализации опухолевых заболеваний гениталий. Например, раковые опухоли яичников независимо от величины первичного поражения чрезвычайно рано метастазируют, обсеменяя брюшинный покров и создавая тем самым трудности в достижении стойкого излечения. Наоборот, раковые опухоли шейки матки, а тем более эндометрия, реже метастазируют и в большинстве случаев на ранних этапах развития носят относительно изолированный характер. Естественно, что при своевременно начатом лечении рака матки наблюдается больший процент стойкого излечения, чем, например, при раке яичников.

Хирургические методы лечения. Хирургический метод применяется в основном для лечения большинства злокачественных новообразований внутренних органов, в том числе матки, яичников и труб. На ранних этапах развития опухолевого процесса оперативное вмешательство следует считать основным и наиболее надежным видом лечения. Поэтому уже само наличие опухолевого заболевания является прямым показанием к радикальному хирургическому лечению. Вместе с тем выполнение его в радикальном объеме не всегда возможно. Например, операция теряет смысл при наличии отдаленных метастазов или распространении опухолевого процесса за анатомические границы пораженного органа, особенно с вовлечением соседних. Поэтому метастазирование и значитель-

ную распространенность опухолевого процесса следует относить к числу противопоказаний к хирургическому методу лечения (за исключением рака яичников).

Вместе с тем, учитывая, что операции, предпринимаемые по поводу злокачественных новообразований, являются самыми сложными (например, при раке шейки матки), к противопоказаниям следует относить также совокупность отягощающих состояние больной факторов. К ним в первую очередь относятся тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, легочная патология, протекающая с явлениями недостаточности, различные нарушения, обусловленные преклонным возрастом, и ряд других состояний, повышающих риск операции. Особого обсуждения заслуживает преклонный возраст, так как у таких больных часто имеется серьезный комплекс сопутствующих нарушений. Поэтому установление показаний и оценка противопоказаний к хирургическому лечению у пожилых женщин должны быть строго индивидуальными и хорошо аргументированными, поскольку отказ от операции нередко лишает больных единственного шанса на реальную помощь. Наоборот, неоправданное расширение показаний к хирургическому лечению может оказаться тактически необоснованным и исключить в дальнейшем применение других методов лечения. Могут возникать ситуации, при которых оценка операбельности представляется сомнительной. Поэтому возможность выполнения радикального объема вмешательства определяется с помощью лапаротомии (часто это относится к раку яичников), данные которой обеспечивают объективность суждения. Отказ от операции при сомнительной операбельности следует отнести к числу грубых тактических ошибок.

Хирургические операции, предпринимаемые по поводу злокачественных новообразований гениталий, — наиболее сложные в гинекологической практике и часто связаны с определенным риском для жизни больных. Поэтому учреждения, в которых выполняются эти операции, должны иметь специально оснащенные хирургические блоки (отделения), укомплектованные опытным персоналом, а также хорошо организованную анестезиологическую и реанимационную службы с обеспечением квалифицированного ведения послеоперационного периода.

Радикальный объем вмешательства предусматривает удаление не только пораженного органа, но и всего регионарного лимфатического аппарата. При любой операции, предпринимаемой с этой целью, необходимо максимально щадить ткани, особенно опухолевую и лимфатических узлов, во избежание

диссеминации клеточных элементов. Все онкологические операции должны выполняться с соблюдением четких принципов абластики, в том числе и манипуляции хирурга в пределах здоровых тканей.

Расширенные операции, в частности при раке шейки матки или наружных половых органов, предпринимаются с целью повышения радикализма, и поэтому, помимо удаления пораженного органа, предусматривают также расширение границ удаления лимфатического барьера (клетчатка и лимфатические узлы таза, клетчатка промежности и лимфатический аппарат паховых областей). При хирургическом лечении больных раком яичника допускается, однако, выполнение паллиативных резекций с оставлением неудалимых метастазов (например, множественное обсеменение брюшины, метастазы в печень). В этих случаях есть основание надеяться на достижение лечебного эффекта в дальнейшем путем применения различных противоопухолевых препаратов.

Лучевые методы лечения. Большинство гинекологических больных, страдающих злокачественными новообразованиями, подвергаются различным методам лучевого лечения. Этот метод используется как самостоятельный вид лечения или входит в состав комбинированных и комплексных лечебных мероприятий.

В последние годы методы лучевого лечения больных благодаря высокой эффективности, особенно в гинекологии, получили обоснованное признание и широкое распространение. Эти успехи связаны прежде всего с общим научным и техническим прогрессом, обеспечивающим внедрение в радиологическую практику новых, более совершенных, источников внешнего излучения (мощные гамма-установки, ускорительная медицинская техника, многочисленный арсенал закрытых радиоактивных изотопов и др.), а также с разработкой рациональных методов и способов облучения больных. Не меньшее значение в достижении успехов имели изучение вопросов радиобиологического обоснования лучевой терапии и разработка современных принципов клинической дозиметрии. В основе лучевых методов лечения лежит стремление максимального воздействия на опухолевые очаги при одновременном щажении окружающих здоровых тканей и органов. Применение излучений основано на прямом повреждающем действии радиации на клетки опухоли в определенных интервалах — так называемых терапевтических доз. Достижение лечебного эффекта обеспечивается различной радиочувствительностью опухоли и окружающих здоровых тканей. Несомненно, что со-

временные представления о механизмах действия излучения на ткани, в том числе опухолевую, значительно сложнее, и многие аспекты этой проблемы, достаточно хорошо изученные, уже теперь используются в практике с целью повышения эффективности лечения больных и предупреждения лучевых осложнений. Нет необходимости обсуждать специальные вопросы медицинской радиологии, так как это не входит в задачу настоящего руководства. Целесообразно остановиться лишь на некоторых клинических аспектах этой проблемы.

К основным факторам, обеспечивающим успех лучевой терапии, относятся возраст и особенности общей реактивности больных, радиочувствительность клеток новообразования, его морфологическая структура, характер роста опухоли, размеры и длительность существования опухолевого процесса, а также наличие или отсутствие сопутствующих осложнений. Естественно, что наибольшей радиочувствительностью обладают экзофитно развивающиеся опухоли, характеризующиеся высоким темпом клеточного деления. Наоборот, относительно более устойчивы к лучевому действию опухоли больших размеров и длительно существующие, так как в этих опухолях значительно больше малочувствительных аноксических клеток.

Эффект лучевого лечения, помимо перечисленных факторов, существенно связан с дозой, подводимой к опухолевому очагу. Способ облучения больных и рациональное (оптимальное) распределение дозы в очаге и окружающих тканях являются одной из важных задач в достижении излечения.

Как самостоятельный метод лучевая терапия применяется для лечения больных раком шейки матки с более распространенным процессом, чем I стадия заболевания, или в тех случаях, когда по тем или иным соображениям нельзя выполнить радикальной операции. Реже лучевая терапия как самостоятельный метод используется для лечения рака наружных половых органов или эндометрия. Значительно чаще лучевая терапия различных видов, особенно с помощью источников для дистанционного облучения, проводится как этап комбинированной или комплексной программы лечения. Лучевая терапия применяется в сочетании с оперативным вмешательством. Она может быть предпринята до операции (предоперационное облучение) с целью повреждения опухолевых элементов. Кроме того, такое облучение одновременно оказывает противовоспалительное действие, обеспечивает развитие соединительной ткани и облитерацию сосудов в области расположения опухоли. Создание этих условий в дальнейшем облегчает выполнение хирургического этапа лечения.

Лучевая терапия как обязательный этап проводится после операции (послеоперационное облучение), главным образом при комбинированном лечении больных раком шейки матки и эндометрия, реже — при других локализациях опухоли. Послеоперационное облучение предпринимается в целях повреждения оставшихся опухолевых очагов, возможно, имплантированных во время операции отдельных опухолевых клеток. В ряде случаев, в зависимости от характера опухолевого процесса, лучевая терапия может быть использована как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах.

Лучевая терапия, как и любой вид лечения, может сопровождаться развитием осложнений. К их числу относят выраженную общую лучевую реакцию организма и местные лучевые повреждения тканей и органов, попадающих в зону непосредственного облучения.

Общая лучевая реакция возникает у больных при массивных облучениях, особенно тогда, когда в зону облучения попадают большие массы лимфоидной и кроветворной ткани (например, тазовая область). Клинические проявления общей лучевой реакции характеризуются нарушением функции нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой, кроветворной и других систем организма.

У больных могут наблюдаться тошнота, периодическая рвота, нередко потеря аппетита, плохой сон. В тяжелых случаях присоединяются одышка, аритмия, тахикардия, снижение артериального давления, а также признаки нарушения кроветворения. Лечение общей реакции сводится к назначению специальной диеты, содержащей большое количество соли и белков, применению комплекса витаминов, метацила, спленина, стимуляторов кроветворения и других лекарственных веществ. Проявления общей реакции стихают сами по себе после прекращения облучения.

Из местных повреждений клиническое значение могут иметь лучевые ректиты и циститы, реже дерматиты.

Характерны для общих реакций и местных повреждений их обратимость и благополучный исход.

Лекарственные методы лечения. Несмотря на значительные успехи, лекарственная терапия злокачественных новообразований в гинекологической практике не может быть отнесена к числу радикальных лечебных мероприятий. Поэтому использование противоопухолевых препаратов в тех случаях, когда можно достичь успеха с помощью хирургических и лучевых методов лечения, нецелесообразно.

Однако при генерализованных опухолевых процессах, например раке яичника или трофобластической болезни, химиоте-

рапия имеет существенные преимущества перед хирургическим или лучевым методами лечения.

Противоопухолевые препараты могут оказывать цитостатическое (подавление процессов клеточного деления) или цитотоксическое (повреждение клеток) действие. Лекарственная терапия должна применяться по определенным показаниям в связи с тем, что большинство используемых противоопухолевых препаратов обладает выраженной специфичностью. Поэтому без учета морфологической структуры опухоли и ее чувствительности к тому или иному препарату назначать химиотерапию не следует, так как необоснованное ее применение может привести к необратимым нарушениям, исключающим применение других видов лечения.

В гинекологической практике химиотерапия как самостоятельный метод применяется для лечения только некоторых опухолевых заболеваний и в большинстве случаев используется в комплексе с хирургическими, реже лучевым методами лечения, главным образом у больных со злокачественными опухолями яичников или хорионэпителиомой. Применение химиотерапии, как правило, сопровождается нарушением функции кроветворения, так как большинство противоопухолевых препаратов действует на пролиферирующие ткани, в том числе и кроветворную. В этих случаях возникает в той или иной степени выраженное угнетение кроветворения, главным образом миело- и тромбоцитопоэза.

Для стимуляции лейкопоэза используют нуклеат натрия, пентоксил и лейкоген в сочетании с трансфузиями крови. В тяжелых случаях при развитии агранулоцитоза может быть произведена трансплантация костного мозга — аутологичного, донорского, трупного — с одновременным применением кортикостероидов. Во всех случаях хороший эффект дают витамины: аскорбиновая кислота, группы В (кроме витамина B_{12}). При тромбоцитопении назначают витамин Р или рутин, витамин К и хлорид кальция.

Ниже рассмотрены частные вопросы хирургического, комбинированного и комплексного лечения больных со злокачественными новообразованиями гениталий.

Глава 16

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Клинические особенности заболевания. Рак наружных половых органов является относительно редким заболеванием по сравнению с другими формами злокачественных новообразо-

ваний гениталий, а по частоте возникновения занимает 4-е место среди прочих опухолей женской половой сферы. Это заболевание наблюдается преимущественно у пожилых женщин (в возрасте 60—70 лет), состояние здоровья которых нередко отягощено сопутствующей возрастной патологией. Как правило, развитию рака предшествуют различные эндокринные нарушения, обусловливающие раннее наступление менопаузы. Раку могут сопутствовать общее ожирение, диабет и другие эндокринные нарушения. Опухолевый процесс в большинстве случаев развивается на фоне различных местных дистрофических нарушений — так называемых предраковых состояний слизистых оболочек или кожи промежности, характеризующихся своеобразным клиническим проявлением (крауроз, лейкоплакия). По морфологическому критерию большинство злокачественных новообразований вульвы относится к плоскоклеточным формам рака, чаще ороговевающим, чем неороговевающим. Значительно реже встречаются железистые формы рака.

Клиническая картина и характер развития заболевания в основном зависят от особенностей локализации первичного опухолевого очага и формы роста опухоли. Чаще всего процесс начинается в области больших или малых половых губ, реже — клитора. Более злокачественным течением характеризуются поражения клитора, которым свойственны быстрое распространение опухоли на окружающие ткани (например, уретру) и раннее метастазирование. Заболевание начинается с образования на поверхности наружных половых органов изъязвления или плотного узелка, реже язв или разрастаний типа кондилом, злокачественный характер которых не всегда ясен. Окончательный диагноз в этих случаях устанавливается с помощью биопсии. Напротив, развившаяся опухоль имеет более характерную картину. Чаще всего это плотные бугристые распадающиеся разрастания, легко кровоточащие при исследовании. Опухоль может быть спаянной с окружающими тканями и кожей промежности, так как распространение ее сопровождается инфильтрацией окружающих тканей. Процесс нередко переходит на слизистую оболочку влагалища, уретру или другие отделы промежности. Обилие в этой области кровеносных и лимфатических сосудов обусловливает быстрое (раннее) метастазирование, которое происходит преимущественно лимфогенным путем (последовательно и поэтапно). В сомнительных случаях для диагностики метастазов в поверхностные лимфатические узлы может быть произведена их пункция с целью получения материала для цитологического

исследования. Регионарными для этой локализации опухолевого процесса являются поверхностные и глубокие паховые лимфатические узлы, специфические изменения в которых могут выявляться относительно рано. При поражении процессом клитора нередко метастазирование происходит в глубокие паховые (бедренные), а также наружные подвздошные лимфатические узлы, минуя поверхностные паховые. По мере развития процесса метастазы вначале появляются в лимфатических узлах на стороне поражения, а затем и на противоположной (перекрестное метастазирование). Метастатически измененные узлы, как правило, имеют округлую форму, достаточно плотную консистенцию, хотя и обладают вначале некоторой подвижностью. По мере роста узлов образуется общий неподвижный или малоподвижный опухолевый конгломерат, прорастающий подлежащие ткани. На коже появляются изъязвления, а затем происходит более обширный распад тканей.

Лечебная тактика в отношении этого заболевания может быть различной в зависимости от морфологических особенностей опухоли и распространенности процесса. Выбор метода лечения (хирургический, лучевой, комбинированный) определяется стадией и клиникой заболевания.

Для решения тактических вопросов были предложены построенные на различных принципах многочисленные классификации, позволяющие достаточно точно локализовать опухолевый процесс, оценить его клинические особенности и распространенность. До последнего времени в нашей стране использовалась утвержденная Министерством здравоохранения СССР классификация, основанная на подразделении всех форм рака вульвы на четыре клинические стадии. Вместе с тем эта классификация, несмотря на определенное удобство, не отражает всех особенностей заболевания и не учитывает многообразия клинического проявления. Поэтому в последнее время обсуждается новая классификация, разработанная специальным комитетом Международного противоракового союза, в которой опухолевый процесс оценивается по большему числу клинических признаков. Ниже рассмотрены обе классификации, которые в определенной мере обеспечивают решение большинства тактических вопросов.

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

I стадия: опухоль или язва, не превышающая в диаметре 2 см, локализуется в поверхностных слоях кожи или слизистой оболочки; метастазы отсутствуют

II стадия: опухоль инфильтрирует подлежащие мягкие ткани или опухоль больших размеров, расположенная поверхностно с одиночными подвижными паховыми метастазами

III стадия: опухоль глубоко инфильтрирует подлежащие ткани, создавая полную неподвижность пораженной области; в паховых областях имеются подвижные или ограниченно (с одной стороны) подвижные метастазы

IV стадия: опухоль прорастает соседние органы (влагалище, уретра, прямая кишка) или имеются метастазы в отдаленные органы

По Международной классификации распространенность опухолевого процесса оценивается по совокупности трех факторов: состоянию первичного опухолевого очага (T — tumor), состоянию лимфатических узлов (N — nodes) и наличию или отсутствию отдаленных метастазов (M — metastases). Для оценки местного процесса принято обозначение T, а его величины — цифровое обозначение T1, T2, T3, T4. Тот же принцип принят для характеристики состояния регионарных лимфатических узлов (N0, N1, N2, N3) и отдаленных метастазов (M0, M1).

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СИСТЕМЕ TNM

T — первичная опухоль
Tis — преинвазивная карцинома
T0 — первичная опухоль не определяется
T1 — одиночная опухоль не более 2 см
T2 — одиночная опухоль от 2 до 5 см
T3 — одиночная опухоль более 5 см; опухоль любой величины с распространением на влагалище не более чем на 2 см; с распространением на анальный канал без вовлечения слизистой оболочки; с распространением на уретру (T3m — множественные опухоли на площади не более 10 см)
T4 — одиночная опухоль любой величины с распространением на влагалище более чем на 2 см; с распространением на анальный канал и вовлечением слизистой оболочки; с распространением на прямокишечно-влагалищную перегородку (T4m — множественные опухоли на площади более 10 см).
N — регионарные лимфатические узлы
N0 — лимфатические узлы не прощупываются
N1 — смещаемые лимфатические узлы на стороне поражения
(N1a — неметастатические; N1b — метастатические)
N2 — смещаемые лимфатические узлы с противоположной или с обеих сторон (N2a — неметастатические; N2b — — метастатические)
N3 — несмещаемые лимфатические узлы
M — отдаленные метастазы
MO — отсутствие признаков отдаленных метастазов
M1 — имеются отдаленные метастазы

О б щ и е п р и н ц и п ы л е ч е н и я р а к а н а р у ж н ы х п о л о в ы х о р г а н о в. Лечение рака наружных половых органов состоит из ряда этапов, причем один из

них, как правило, хирургический. Эта система предусматривает обязательное воздействие как на область первичного опухолевого очага, так и на регионарный лимфатический аппарат. Лечебный комплекс может быть осуществлен одномоментно или раздельно в два этапа. Однако, учитывая пожилой возраст больных, а также нередко тяжесть сопутствующих заболеваний, предпочитают двухэтапное лечение.

Первый этап предусматривает лечение первичной опухоли и зоны регионарного метастазирования, причем в зависимости от величины поражения может быть выбран хирургический, комбинированный или чисто лучевой метод. Выбор метода зависит в основном от стадии заболевания. При I стадии (T1 N0 M0) могут быть использованы хирургический или чисто лучевой метод, а при II и III стадиях (например, T2 N0 (N1) M0; T3 N0 (N1) M0 и др.) — комбинированный (лучевой и хирургический или наоборот) в зависимости от клинических особенностей процесса к моменту начала лечения. Некоторые варианты II и III стадии подлежат только лучевому лечению, так как хирургический этап в радикальном объеме оказывается технически невыполнимым. Опыт показывает, что лучшие отдаленные результаты достигаются в том случае, если первичный очаг удаляется хирургическим путем с последующим облучением операционной области.

Для практического использования может быть рекомендована следующая тактическая схема, пригодная для большинства клинических форм рака вульвы. Первый этап может включать предоперационное облучение первичного опухолевого очага и паховых областей независимо от наличия или отсутствия метастатически измененных лимфатических узлов. Вторым этапом по ликвидации лучевой реакции в области облучения выполняется вульвэктомия, преимущественно электрохирургическим способом. Третий этап состоит из хирургического удаления лимфатических узлов и клетчатки паховых и (желательно) подвздошных областей, разумеется, в том случае, если технически окажется возможным удаление узлов.

При ограниченных формах рака (I стадия; T1(T2) N0 M0) хирургический этап может быть выполнен сначала, причем весьма целесообразно одномоментно с лимфаденэктомией (в том случае, однако, если общее состояние больных позволяет выполнить хирургическое вмешательство в широком объеме). Ниже рассмотрены отдельные этапы лечения: сначала хирургические, а затем лучевые методы.

Вульвэктомия. По поводу злокачественных новообразований

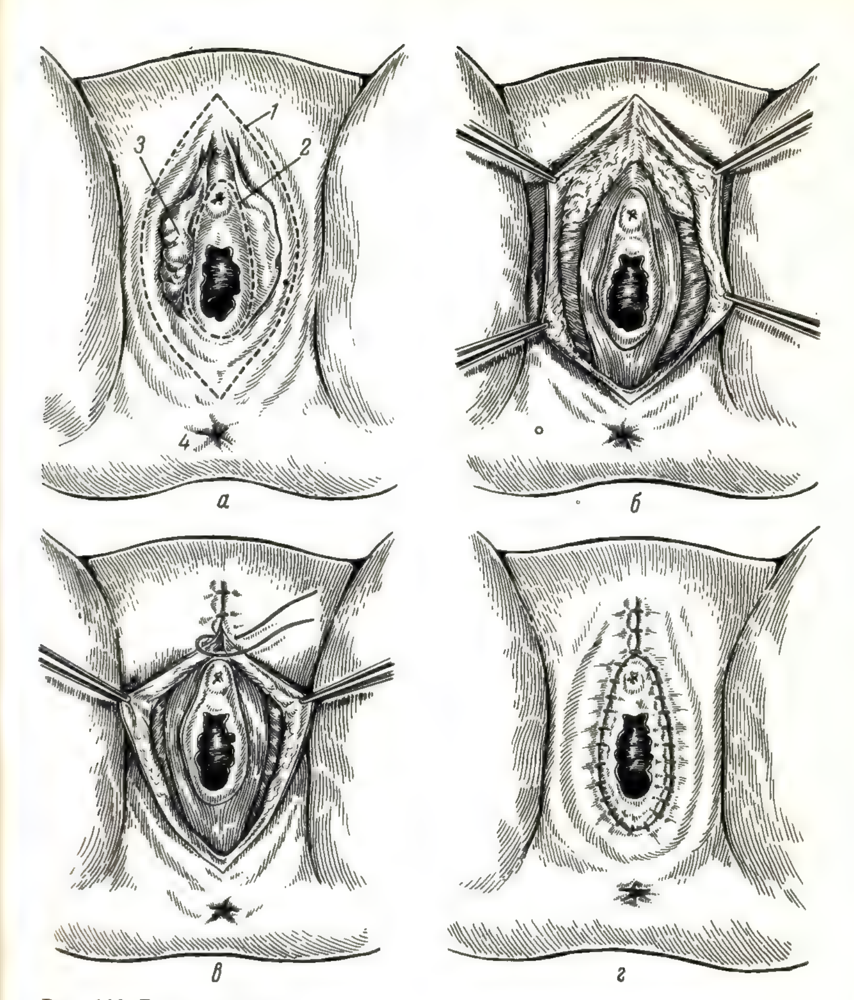


Рис. 112. Вульвэктомия.

а — этап подготовки области вульвы к удалению двумя разрезами: *1* — наружный окаймляющий разрез, *2* — внутренний круговой разрез, *3* — опухоль, *4* — анальное отверстие; *б* — блок тканей удален, разведены зажимами края наружной раны; *в* — начало ушивания раны промежности; *г* — окончательный вид операционного поля после ушивания раны.

наружных половых органов эта операция самостоятельно выполняется относительно редко, так как в большинстве случаев оно составляет лишь один из основных этапов хирургического лечения рака вульвы в целом. Тем не менее рассмотрение этой операции отдельно от остальных этапов представляется целесообразным по тем соображениям, что

ее использование возможно и по ряду других показаний (например, при краурозах и лейкоплакиях). Вульвэктомия выполняется под наркозом или спинномозговой анестезией (реже). Местное обезболивание в этих случаях ввиду травматичности и обширности объема вмешательства нецелесообразно. В целях абластики операция по поводу рака выполняется электрохирургическим способом; в остальных же случаях допустимо использовать обычный хирургический инструментарий.

Техника операции. Положение больной и подготовка операционного поля те же, что и при любой другой операции на влагалище или промежности. Кожу промежности рассекают окаймляющим наружные половые органы разрезом, по форме напоминающим каплю. Разрез должен проходить по крайней мере на 1,5—2 см отступя от опухоли и не менее чем на 3 см выше клитора (рис. 112,а). Второй разрез (внутренний) проводят по окружности влагалищного кольца на границе между остатками девственной плевы и началом влагалищной трубки с таким расчетом, чтобы верхняя часть его прошла между клитором и наружным отверстием мочеиспускательного канала (рис. 112,а). Наружные края внешнего разреза берут на зажимы и разводят в стороны. Разрез продолжают глубже, рассекают подкожную жировую клетчатку вплоть до обнажения мышечных волокон тазового дна. Внутренний край разреза одной стороны вместе с подкожной клетчаткой отводят зажимами или крючками кнутри и, начиная с верхней части вульвы, наружные половые органы отсепаровывают общим блоком (сначала с левой стороны, затем справа) в направлении снаружи кнутри до подхода к внутреннему круговому разрезу (рис. 112,б). Под клитор перед его отсечением в направлении от уретры к лону накладывают один или два зажима вдоль промежности, так как область клитора имеет богатое сосудистое развитие, особенно венозное. После пересечения ножек клитора необходимо произвести дополнительное тщательное лигирование кровоточащих сосудов обычным способом или (лучше) обшиванием. После удаления всего блока выполняется окончательный гемостаз. Полезно отдельными кетгутовыми швами несколько сблизить края наружного и внутреннего разрезов.

Следующий этап состоит в сшивании отдельными шелковыми швами краев кожного разреза с краями слизистой оболочки влагалища. Края верхней части раны сшивают между собой до наружного отверстия уретры (рис. 112,в), затем идут в обход островка с уретрой и, наконец, со слизистой оболочкой влагалища (рис. 112,г). При затруднениях и с целью предуп-

реждения стриктур может быть мобилизована часть задней стенки влагалища, которую подтягивают наружу. Этим лоскутом закрывают тканевый дефект в области задней спайки. Производят туалет операционного поля. В мочевой пузырь вводят и фиксируют постоянный катетер.

Если вульвэктомия предпринимается по поводу лейкоплакии или крауроза, то нет необходимости удалять все ткани промежности вплоть до мышечных волокон тазового дна. В этих случаях достаточно ограничиться удалением вместе с наружными половыми органами тонкого слоя подкожной клетчатки.

Лимфаденэктомия (операция Дюкена). Эта операция предусматривает удаление клетчатки и лимфатических узлов паховых областей одним блоком и производится с обеих сторон. Как отмечалось выше, лимфаденэктомия может выполняться одновременно с вульвэктомией или отдельно, как второй этап хирургического лечения рака вульвы.

Клетчатку паховой области обнажают вертикальным разрезом кожи, который проводят по ходу крупных сосудов бедра, начиная от уровня передневерхней подвздошной ости, затем через середину паховой складки до вершин бедренного (скарповского) треугольника (рис. 113, а). Края кожи захватывают зажимами или крючками и отсепаровывают в стороны: кнаружи — до передней подвздошной ости и кнутри — до середины лобка (рис. 113,б). Обнаженную клетчатку по периферии всей площади рассекают до мышцы бедра (портняжной и длинной приводящей) и нижних отделов брюшной стенки соответственно сторонам так называемого треугольника оперативного вмешательства. Одной из сторон треугольника должна быть линия, соединяющая передневерхнюю подвздошную ость с серединой лобка, другой — линия, проходящая через середину лона до вершины бедренного треугольника, и, наконец, его основанием является линия, соединяющая передне-верхнюю ость с вершиной бедренного треугольника (рис. 113,в). Отделение блока клетчатки производится с периферии к центру треугольника, в направлении к наружному отверстию бедренного канала. В нижнем углу бедренного треугольника необходимо выделить и перевязать большую подкожную вену конечности. Нередко вместо одной вены в этом отделе может быть представлено несколько ее ветвей, которые следует перевязать каждую в отдельности. Здесь же располагаются многочисленные лимфатические сосуды; в целях предупреждения последующей лимфореи их также целесообразно лигировать.

После отделения клетчаточного блока от мышц в центре он

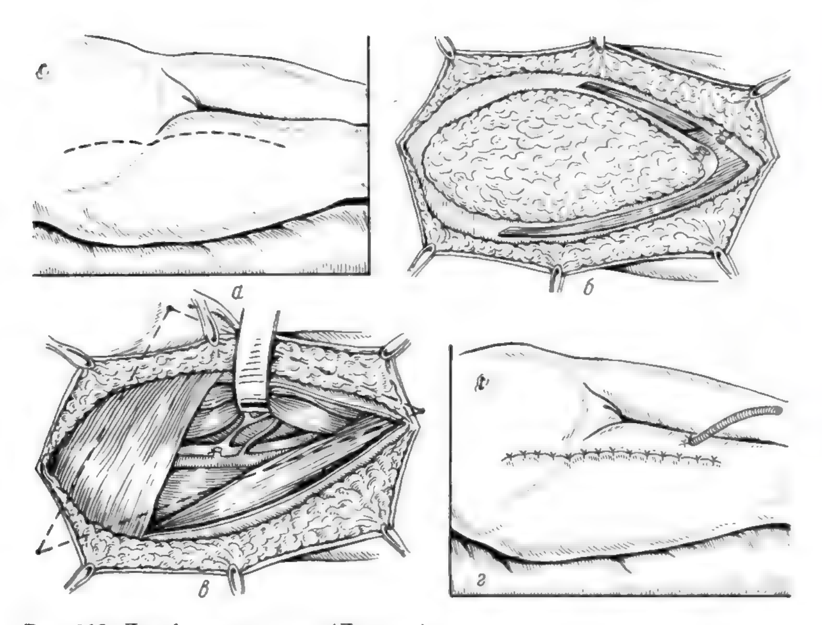


Рис. 113. Лимфаденэктомия (Дюкена).

а — направление кожного разреза; *б* — этап отсепаровки кожных лоскутов; *в* — схематическое изображение треугольника оперативного вмешательства; *г* — конечный этап операции.

будет удерживаться двумя ножками. Одна из них содержит сосуды, которые выходят из бедренной артерии и впадают в бедренную вену, вторая — состоит из жировой клетчатки, содержащей лимфатические узлы и сосуды, проходящие через бедренный канал. Пересечение первой ножки начинают с вершины бедренного треугольника. Для этого весь блок с клетчаткой и лимфатическими узлами оттесняют кнутри, а портняжную мышцу оттягивают кнаружи; при этом обнажается ложе бедренных сосудов. Рассекают верхнюю стенку влагалищной артерии и удаляемый блок вместе с наружной частью сосудистого влагалища поднимают кверху. Этот прием позволяет обнажить область впадения большой подкожной вены бедра в бедренную вену, где ее пересекают и перевязывают так же, как и все мелкие сосуды, богато представленные в этом отделе. Для пересечения второй ножки следует обнажить жимбернатову связку, из-под которой клетчаточный тяж вместе с лимфатическими сосудами и узлами вытягивают наружу, пересекают и лигируют. Таким образом, весь блок оказывается иссеченным.

После завершения этого основного этапа производят тща-

тельный осмотр всего операционного поля и выполняют окончательный гемостаз. Кожные края сводят вместе и накладывают отдельные редкие шелковые швы. Часто в результате удаления клетчатки образуется избыток кожной ткани, которую перед сшиванием краев раны целесообразно иссечь. Как правило, в послеоперационном периоде, особенно при недостаточно тщательной перевязке лимфатических сосудов, в подкожном пространстве скапливаются лимфа и тканевый секрет, препятствующие процессам заживления, а в ряде случаев способствующие инфицированию раны. Поэтому в указанное пространство рекомендуется ввести дренажную трубку через дополнительное отверстие на внутренней поверхности бедра, которое делается ближе к нижнему краю раны (рис. 113,г). Аналогичная операция производится и с другой стороны. Некоторые хирурги проводят операцию одновременно с обеих сторон.

В послеоперационном периоде в течение 3—4 дней применяются антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры. Если одномоментно была произведена и вульвэктомия, катетер из пузыря извлекают на 4-й день после исчезновения отека тканей. Мочевой пузырь ежедневно промывают раствором фурацилина. Швы снимают на 10-й день.

Клинический опыт свидетельствует о том, что рак наружных половых органов в результате быстрого распространения и раннего метастазирования протекает тяжело и исходы лечения при этом сравнительно неблагоприятные. Например, лучевые методы лечения обеспечивают трехлетнее выживание в 50%, а пятилетнее — не более чем в 30% случаев. Комбинированные методы лечения дают несколько лучшие результаты, хотя пятилетнее выживание в среднем не превышает 60%. Относительно неудовлетворительные результаты лечения связаны также с возможностью метастазирования процесса в глубокорасположенные лимфатические узлы (например, подвздошные). Поэтому на протяжении ряда последних лет шли поиски и совершенствование методов комбинированного лечения рака вульвы, в том числе и его хирургического этапа. В последние годы стали шире применяться так называемые радикальные хирургические вмешательства, объем которых предусматривает удаление не только регионарного лимфатического аппарата паховых областей, но и группы подвздошных лимфатических узлов. Наиболее удачным техническим решением при выполнении радикального объема хирургического вмешательства по поводу рака вульвы следует считать операцию пахово-подвздошной лимфаденэктомии, разработанную В. М. Столяровым и Л. М. Хачатуряном, предусматривающую одномоментное удаление пахового и подвздошного лимфатических аппаратов.

Пахово-подвздошная лимфаденэктомия. После удаления блока паховых узлов в объеме, предусматриваемом операцией Дюкена, рассекают подвздошно-гребешковую связку, разде-

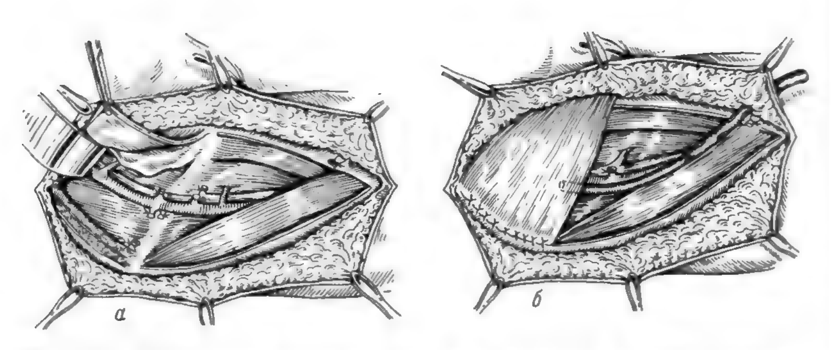


Рис. 114. Радикальная операция при раке наружных половых органов.
а — вид раны после рассечения передней брюшной стенки и обнажения подвздошных сосудов и удаления лимфатических узлов; *б* — вид раны после ушивания брюшной стенки (из забрюшинного пространства проведена дренажная трубка).

ляющую lacuna vasorum и lacuna musculorum. Бедренный канал расширяют I пальцем. Над бедренными сосудами рассекают паховую связку и апоневроз наружной косой мышцы брюшной стенки до верхнего угла кожной раны и затем разрез продолжают по спигелиевой линии. В результате этого приема обнажается предбрюшинная клетчатка, с медиальной стороны которой будет располагаться брюшина. В этом месте следует манипулировать особенно осторожно, так как возможно ранение брюшины и проникновение в брюшную полость. Кроме того, эта область содержит большое число относительно крупных сосудов, ранение которых чревато серьезным кровотечением. Поэтому при отслойке брюшины целесообразно выделить и перевязать нижние эпигастральные и глубокие сосуды, окружающие подвздошную кость. Рассечение и перевязка сосудов обеспечивают необходимый гемостаз и более широкий экстраперитонеальный доступ к тазовым сосудам и лимфатическим узлам (рис. 114,*а*).

Брюшину и тазовые органы оттесняют кнутри тупыми крючками для обнажения группы подвздошных лимфатических узлов. Удаление узлов начинают с рассечения фасции, покрывающей m. psoas major. Постепенно, от области разделения общей подвздошной артерии на внутреннюю и наружную, отделяют клетчатку, окружающую подвздошные сосуды. В блок удаляемых тканей включаются, кроме того, лимфатические узлы запирательного отверстия, а также узлы, располагающиеся по ходу нижних эпигастральных и глубоких сосудов, окружающих подвздошную кость. На этом заканчивается этап по удалению тазовых лимфатических узлов. В рану вводят гемостатическую губку и устанавливают дре-

нажную трубку. Целость передней брюшной стенки восстанавливают путем сшивания краев внутренней косой мышцы, апоневроза наружной косой мышцы живота и паховой связки. Паховую связку, кроме того, целесообразно подшить к гребешковой с тем, чтобы предупредить возможное образование послеоперационных бедренных грыж (рис. 114,*б*). Кожные края раны сближают и накладывают отдельные шелковые швы. Установленную в забрюшинное пространство дренажную трубку выводят на внутреннюю поверхность бедра через дополнительное кожное отверстие, вокруг которого она фиксируется 1—2 шелковыми швами, и накладывают повязку.

Если по техническим причинам осуществить удаление паховых и подвздошных узлов общим блоком не удается, то раздельное их удаление не снижает радикальности операции.

Кожный разрез при пахово-подвздошной лимфаденэктомии несколько отличается от операции Дюкена. Вместо продольного разреза в этом случае выполняется разрез, по форме напоминающий веретено, т. е. включающий часть кожного покрова над паховыми лимфатическими узлами, с тем чтобы предотвратить возникновение местных рецидивов.

Лучевые методы лечения. Лучевая терапия чаще всего представляет один из этапов комбинированного лечения и проводится как до, так и после операции. В первом случае лучевая терапия имеет целью уменьшить опухолевый очаг или обеспечить необходимую его подвижность для последующего удаления. Облучение вульвы следует осуществлять с помощью аппаратов для короткофокусной рентгенотерапии (или телегамма-терапии). В этих случаях используется промежностное поле с наклоном на область опухолевого очага.

Короткофокусная рентгенотерапия проводится обычно при следующих условиях: кВ от 60 до 90; мА 4—5; фильтр от 1,0 до 3,0 мм Al или 0,2 мм Cu; кожно-фокусное расстояние 5—7,5 см, мощность дозы от 100 до 300 Р/мин; разовая доза 300—500 Р ежедневно; поглощенная доза в очаге не менее 5000 Р; площадь поля облучения выбирают в зависимости от величины опухолевого очага (при использовании короткофокусной телеграмма-терапии: кожно-фокусное расстояние 6 см, разовая доза 200—250 Р, мощность дозы 10—15 Р/мин).

Достаточность общей дозы на опухолевый очаг уточняется индивидуально. Критерием для окончания облучения служат уменьшение опухолевого очага и приобретение им подвижности, а также выраженность лучевой реакции кожи (образование вульвита), которая начинает появляться уже после подведения (на поверхность) дозы порядка 2500—3000 Р.

Облучение паховых областей проводится одновременно с первичным очагом, однако для этих целей используется обычная телегамматерапия (ЛУЧ, Рокус) при следующих условиях: кожно-фокусное расстояние 35—70 см, мощность дозы 20—80 Р/мин, разовая доза 200—300 Р ежедневно, общая доза на очаг 2000—2500 Р.

Хирургическое вмешательство (одномоментно и двухэтапно) выполняется после стихания местной лучевой реакции кожи, но не ранее чем через 3—4 нед после облучения.

Послеоперационное облучение зоны бывшего опухолевого очага и регионарного лимфатического аппарата проводится через 3—4 нед после операции, при окончательном очищении ран и появлении чистых грануляций. Послеоперационное облучение предпринимается для улучшения результатов хирургического вмешательства и с целью предотвращения местных рецидивов опухоли. В этих случаях могут использоваться рентгено- и телегаммааппараты для короткофокусного и длиннофокусного облучения. Область бывшего первичного очага целесообразнее облучать с помощью аппаратов для короткофокусной рентгенотерапии (телегамматерапии), а паховые области — длиннофокусной.

Условия облучения по существу те же, что и при предоперационном облучении.

Только лучевой метод с использованием различных видов и способов облучения очагов применяется у больных, у которых исключается хирургическое вмешательство в связи со значительной распространенностью процесса или наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, усугубляющих риск операции. В этих случаях может быть использовано внутритканевое облучение первичного очага (радиоактивные иглы, гранулы, коллоидные растворы) в сочетании с дистанционным облучением (рентгено- и телегамматерапия) регионарных областей. В IV стадии рака лучевая терапия носит лишь паллиативный характер.

Глава 17

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Клинические особенности заболевания и тактические вопросы терапии рака шейки матки. Рак шейки матки — одно из наиболее частых злокачественных новообразований гениталий — встречается в большинстве случаев у женщин после

40 лет. Опухоли этой локализации чаще исходят из плоского эпителия, выстилающего влагалищную часть шейки матки. При этом как ороговевающие, так и неороговевающие формы наблюдаются одинаково часто. Реже выявляется низкодифференцированный рак. Поскольку шеечный канал выстлан цилиндрическим эпителием, может встречаться рак шейки матки (канала) железистого происхождения.

Ранние формы рака протекают без существенных клинических признаков. В ряде случаев больные замечают появление жидких бесцветных выделений, пачкающих белье. Однако по мере развития опухолевого процесса выделения приобретают гнойно-кровянистый характер с неприятным и специфическим запахом и нередко раздражают кожу промежности. Значительно реже больные страдают кровотечениями по типу метроррагии. Характерно также появление так называемых контактных кровотечений, возникающих во время или после половых сношений, а также при большом напряжении и физических усилиях. Для некоторых женщин типичны нарушения менструаций, которые внезапно приобретают тип меноррагий. Менструации удлиняются, становятся более обильными, чем прежде, и нередко сопровождаются болевыми ощущениями. Для женщин, у которых нет менструаций, характерно появление кровянистых выделений или даже кровотечений, в большинстве случаев без видимых причин.

Появление болей следует относить к числу признаков, характерных для уже развившегося или запущенного рака, при котором процесс распространяется за анатомические пределы шейки матки. Вначале опухоль поражает парацервикальные отделы параметрия или своды влагалища, а затем и пристеночные отделы таза, главным образом за счет метастазирования в лимфатические узлы. Реже распространение опухоли происходит в направлении мочевого пузыря или прямой кишки.

Поражение клетчаточных отделов таза в зависимости от характера и преимущественной локализации опухолевой инфильтрации может иметь различную клиническую картину. Прорастание, например, опухоли в боковые отделы таза, как правило, сопровождается болями в нижних отделах живота и паховых областях, а метастазирование в тазовые узлы характеризуется болями в нижних конечностях и пояснице. Инфильтрация предпузырных отделов сопровождается иногда тяжелыми дизурическими расстройствами.

Начальные формы рака шейки матки, развившиеся на фоне предопухолевых процессов, не отличаются типичными клиническими проявлениями, и в большинстве случаев для их

диагностики требуется применение специальных методов исследования. Более выраженные формы, но очерченные понятием начальных, могут представляться в виде небольших тканевых дефектов слизистой оболочки (изъязвлений) или сосочковых разрастаний, легко кровоточащих при исследовании инструментом. В дальнейшем, в процессе развития опухоли, либо происходит инфильтрация толщи тканей шейки матки, либо опухоль растет наружу, в просвет влагалища, и представляется в виде образования, напоминающего «цветную капусту», часто описываемую в учебниках как типичное проявление рака. Во всех случаях распространения процесса влагалищная часть шейки уплотняется, теряет эластичность и деформируется. Ее исследование, даже пальпаторное, как правило, сопровождается кровоотделением.

Значительно труднее распознать раковую опухоль шеечного канала, в том числе и те ее формы, при которых происходит распространение опухоли на шейку матки. В этих случаях шейка, хотя и несколько увеличивается в размерах, длительное время не изменяет своей обычной конфигурации.

По характеру развития опухолевого процесса с клинической точки зрения можно выделить три формы роста опухоли, несмотря на то, что такое разделение носит чисто формальный характер. Различают экзофитный рак, при котором рост опухоли происходит наружу, в сторону влагалища, затем эндофитный, характеризующийся инфильтрацией и деформацией самой шейки матки, и, наконец, смешанный (экзоэндофитный), в котором имеются признаки обоих типов роста опухоли. Обычно последняя форма характерна для процессов, значительно более распространенных, когда уточнить первичную форму роста не всегда представляется возможным.

Принципы лечения больных раком шейки матки в настоящее время достаточно хорошо разработаны и оно дает вполне надежные и стойкие результаты. Так, пятилетняя выживаемость при I стадии заболевания в среднем составляет примерно 85%, а при II и III стадиях достигает соответственно 75 и 55%. Выбор метода лечения зависит от клинической формы, стадии заболевания, распространенности и морфологических особенностей опухолевого процесса.

В настоящее время применяются два метода лечения больных раком шейки матки. Один из них — лучевая терапия, а второй — комбинированный, при котором хирургическое и лучевое лечение составляют отдельные, но обязательные этапы. Следует, однако, отметить, что оба метода не являются конкурентными. Для использования каждого из них требуются

определенные клинические показания и условия для реализации. Для установления индивидуальных вариантов опухолевого процесса и клинических особенностей заболевания предложены различные классификации. В их основе могут лежать разные принципы, однако каждая из них включает признаки, позволяющие обосновать выбор метода лечения. Наибольшее распространение в настоящее время получили две классификации, одна из которых официально принята в нашей стране, а вторая, разработанная и предложенная Международным противораковым союзом, апробируется в ряде стран, в том числе и в Советском Союзе.

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

0 стадия — объединяет все процессы шейки матки, которые могут быть отнесены к так называемым облигатным формам предрака.

I стадия — инвазивные формы рака, ограниченные пределами шейки матки (ее влагалищной частью)

II стадия — имеет три варианта: а) опухолевый процесс, распространяющийся (инфильтрирующий) на боковые отделы параметрия с одной или обеих сторон, но не доходящий до стенок таза (параметральный вариант); б) процесс, распространяющийся не ниже верхних ⅔ влагалищной трубки (влагалищный вариант); в) процесс, характеризующийся распространением на тело матки, но без прорастания ее серозного покрова (маточный вариант)

III стадия, так же как и II, имеет три аналогичных варианта: а) процесс инфильтрирует параметральные отделы с одной или обеих сторон, но переходит непосредственно на стенки таза (параметральный вариант); б) процесс спускается на нижние отделы влагалища (влагалищный вариант); в) процесс на шейке матки с изолированными метастазами в пристеночные лимфатические узлы таза с одной или обеих сторон (регионарный метастатический вариант)

IV стадия также имеет три варианта: а) прорастание опухоли в мочевой пузырь, установленное с помощью цистоскопии, или наличие пузырно-влагалищного свища (пузырный вариант); б) прорастание прямой кишки, установленное с помощью ректоскопии, или наличие прямокишечно-влагалищного свища (ректальный вариант); в) рак шейки матки с отдаленными метастазами в другие органы (метастатический вариант).

Разграничение опухолевого процесса по стадиям, позволяющее оценить распространенность заболевания, носит, однако, условный характер. В практике чаще приходится встречаться со смешанными формами, например влагалищно-параметральным или влагалищно-маточным и другими вариантами. Тем не менее эта классификация позволяет достаточно полно охарактеризовать состояние опухолевого процесса с учетом индивидуальных особенностей заболевания.

Несколько полнее представляется Международная классификация, в основе которой лежит принцип оценки опухолевого заболевания по трем клиническим факторам, характеризую-

щим первичный опухолевый очаг (Т), состояние регионарных лимфатических узлов (N), а также наличие или отсутствие метастазов (М).

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СИСТЕМЕ TNM

T — первичная опухоль
Tis — все формы преинвазивного рака
T1 — процесс, ограниченный пределами влагалищной части шейки матки (причем T1a — преклинический инвазивный рак; T1b — инвазивный рак)
T2 — процесс, распространяющийся за пределы шейки матки и в области боковых отделов параметрия, но без перехода на стенку таза или спускающийся не ниже наружных отделов влагалищной трубки (T2a — процесс, распространяющийся по влагалищной трубке, но без инфильтрации параметральных отделов; T2b — процесс, инфильтрирующий параметральные отделы с поражением влагалища)
T3 — процесс, распространяющийся в параметральные отделы с переходом на стенки таза или спускающийся на нижние отделы влагалищной трубки
T4 — процесс, распространяющийся за пределы малого таза или вовлекающий слизистые оболочки мочевого пузыря или прямой кишки (инфильтрация предпузырной клетчатки с наличием буллезного отека не дает оснований для оценки процесса как T4)
N — регионарные лимфатические узлы
Nx — состояние лимфатических узлов оценить не представляется возможным
N0 — изменения в лимфатических узлах не определяются (по данным лимфографии)
N1 — наличие специфических изменений в лимфатических узлах, установленных на основании лимфографии
N2 — пальпаторно определяемое и несмещаемое уплотнение (образование) на стенке (стенках) таза с наличием свободного пространства между ним и первичным очагом (опухоль шейки матки)
M — отдаленные метастазы
M0 — признаки (на основании клинического обследования) отдаленных метастазов не выявляются
M1 — имеются отдаленные метастазы в другие органы, в том числе и в лимфатические узлы выше разделения общих подвздошных артерий и бифуркации аорты

На основании изучения отдаленных результатов лечения больных раком шейки матки различными методами выработались определенные показания к их выбору и соответствующим образом оценены терапевтические возможности каждого из них. Например, комбинированный метод оказался предпочтительным для лечения молодых женщин с ограниченными формами рака, не распространяющегося за пределы шейки матки (I стадия; T1N0M0). В ряде случаев использование комбинированного метода допустимо при процессах, бóльших,

чем I стадия, но сочетающихся с беременностью, прерывание которой должно быть осуществлено путем кесарева сечения, или с воспалительными заболеваниями придатков матки (острые, подострые), исключающих применение лучевого лечения (II стадия маточного варианта или влагалищного варианта, ограниченного поражением лишь ближайших отделов сводов; T2aN0M0). Во всех остальных случаях, в том числе и при I стадии заболевания у женщин старше 40 лет, следует предпочитать сочетанный лучевой метод (внутриполостное и дистанционное облучение), обеспечивающий достаточно высокий процент стойкого излечения. Хирургическое лечение распространенных форм рака (более чем I стадия) даже при технически совершенном выполнении радикального объема вмешательства, как правило, ведет к возникновению рецидивов заболевания (чаще местных) уже в течение первого года наблюдения. По-видимому, это обстоятельство связано с невозможностью выполнить основное правило онкологии — оперировать в пределах здоровых тканей, трудно осуществляемое в условиях пространственных ограничений, имеющихся в малом тазу. Поэтому при хирургической обработке параметральных отделов и освобождении верхних отделов влагалищной трубки всегда имеется опасность контакта с неимеющими видимых признаков опухолевого поражения специфически измененными тканями.

Учитывая широкие терапевтические возможности лучевого лечения, его относительную атравматичность, а также меньшее число противопоказаний, лучевые методы следует отнести к основным лечебным мероприятиям, предпринимаемым по поводу рака шейки матки всех стадий.

Операций, предусматривающих радикальный объем вмешательства, разработано достаточно много. Каждая из них отличается, в основном шиpотой удаления лимфатического аппарата малого таза. Наряду с целесообразным и технически обоснованным объемом хирургического вмешательства в разное время предлагались и более обширные операции, например типа экзентерации таза, или операции, предусматривающие резекцию соседних органов — мочевого пузыря, прямой кишки или пересадку мочеточников, выполнение которых вряд ли можно признать оправданным. Подобные операции, помимо технической сложности, как правило, связаны с обширной травмой тканей и органов, а также тяжелыми реакциями организма, приводящими к инвалидизации больных. Нужно отметить также, что поскольку подобные операции предпринимаются по поводу более распространенных опухо-

левых процессов, результаты их оказываются весьма ненадежными и большинство больных умирает в первые 1½ —2 года в результате рецидивов заболевания или тяжелых осложнений, главным образом со стороны мочевыделительной системы. В настоящем разделе рассматривается разработанный И. Н. Никольским и описанный А. Б. Деражне вариант расширенной экстирпации матки с придатками, который наиболее полно удовлетворяет основной задаче хирургического этапа лечения. Основные принципы его предусматривают радикальный и вместе с тем вполне разумный объем хирургического вмешательства. Ниже рассматривается техника этой операции с модификациями некоторых ее этапов.

Расширенная экстирпация матки с придатками (хирургический этап комбинированного метода лечения). Расширенная экстирпация матки с придатками представляет собой одно из наиболее трудоемких и сложных оперативных вмешательств в гинекологии. Как указывалось выше, производится она при начальных формах рака шейки матки (I стадия). Такой объем хирургического вмешательства определяется необходимостью удаления не только первичного опухолевого очага, но и всех путей возможного метастазирования вместе с лимфатическими узлами таза.

Больную укладывают на операционном столе с несколько опущенным головным концом в положении на спине со слегка согнутыми в коленях конечностями. Такое положение обеспечивает хороший доступ к глубоким отделам малого таза и более совершенное отграничение кишечника от операционной области. Перед операцией после обработки влагалища спиртом и настойкой йода в него вводят марлевый тампон, конец которого оставляют снаружи. На время операции в мочевом пузыре устанавливают катетер, который соединяют с системой отвода мочи. Большинство хирургов пользуются нижним срединным разрезом, продлевая его слева в обход пупка. Но имеются и сторонники вскрытия брюшной полости поперечным надлобковым разрезом по Черни. После вскрытия брюшной полости и отграничения кишечника оценивается состояние органов малого таза. Тщательному осмотру подлежат матка, придатки, параметральные отделы, крестцово-маточные связки, а также области стенок таза. Такая оценка операционной ситуации необходима, чтобы исключить возможные противопоказания к расширенной экстирпации матки.

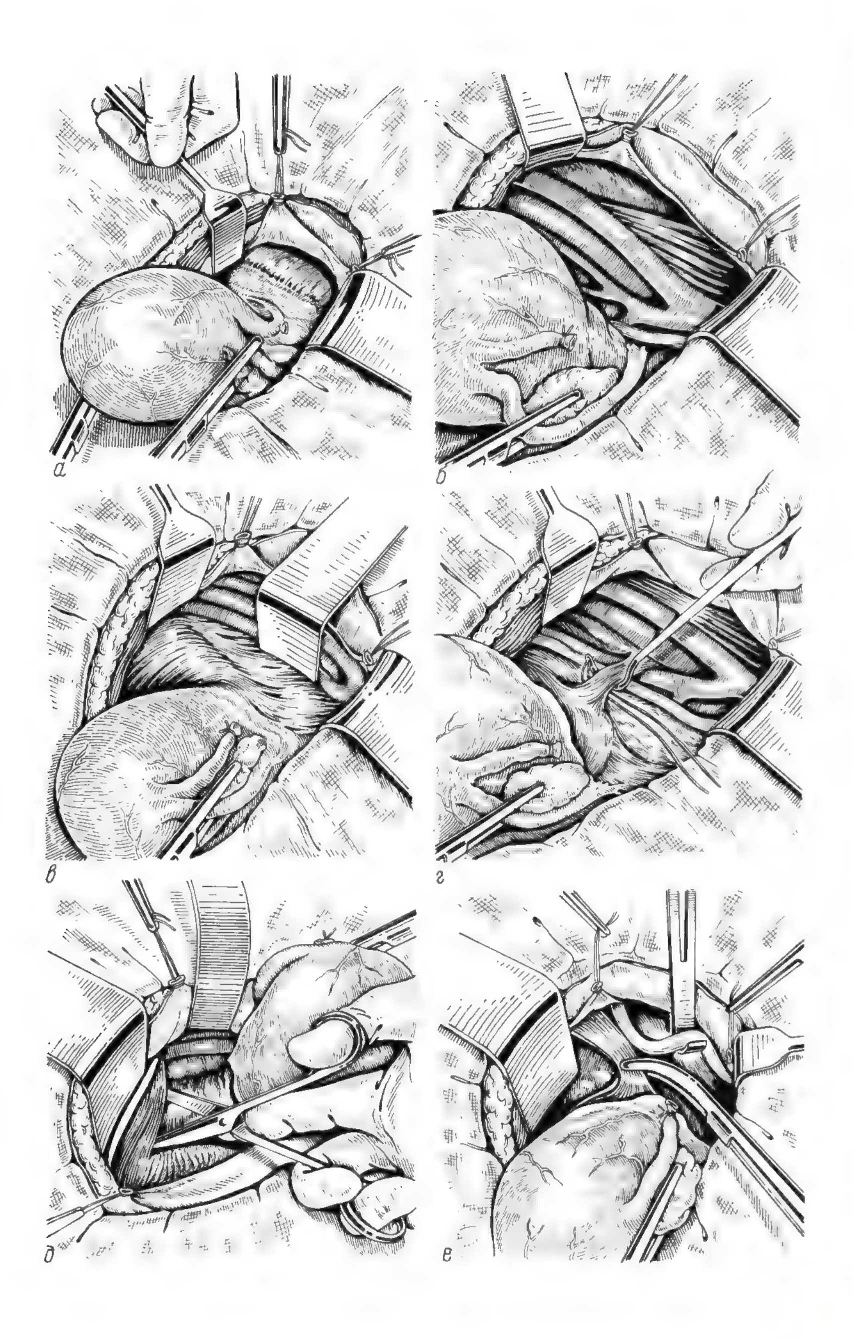
На боковые отделы матки, параллельно ее ребрам, накладывают два больших прямых зажима, в которые захва-

тывают круглые связки, трубы, собственные связки яичников и прилегающие к матке отделы широких связок. Зажимы связывают марлевой полоской, проведенной через отверстия браншей. Во время операции эти зажимы обеспечивают необходимое перемещение матки. Выполнение операции лучше начинать с правой стороны, так как хирург обычно располагается слева от больной. Вначале между зажимами пересекают и перевязывают кетгутом воронкотазовую и круглую связки справа. Этот этап легче выполнить, если матку за зажимы отвести влево и несколько кпереди. При наложении зажимов на воронкотазовую связку необходимо помнить о возможности случайного пережатия проходящего по заднему листку широкой связки мочеточника. Положение его в ряде случаев можно проследить по заднему листку брюшины, где он просвечивает в виде перистальтирующего тяжа.

Брюшину переднего листка широкой связки надсекают между культями воронкотазовой и круглой связкой. Затем указательными пальцами обеих рук широко раскрывают параметрий, в котором обнажается клетчатка пристеночного отдела таза. Одно из зеркал, лучше длинное, вводят под культю правой воронкотазовой связки, а узкий влагалищный подъемник — под культю круглой. Зеркала разводят кверху и книзу.

Этим приемом широко открывают область расположения наружной подвздошной артерии и вены, подчревную и общую подвздошную артерию, а также клетчатку бокового отдела таза с лимфатическими узлами (рис. 115,а). После этого приступают к одной из основных и наиболее сложных задач операции — удалению лимфатических узлов вместе с клетчаткой параметрия. Наиболее удобно и целесообразно этот этап выполнить так, как рекомендуют А. И. Серебров и А. А. Габелов.

Анатомическим пинцетом приподнимают рыхлую клетчатку над наружной подвздошной артерией и надсекают влагалище сосудов таза. Затем артерию и располагающуюся под ней подвздошную вену оголяют снятием пласта клетчатки с лимфатическими узлами. Удаление клетчатки производится по направлению кнутри и книзу до области внутреннего отверстия пахового канала. Кверху клетчатку снимают до середины общей подвздошной артерии, а кнутри — до освобождения области отхождения подчревной артерии от внутренней подвздошной. Выделенный таким образом клетчаточный пласт отводят в сторону матки или, как


а
б
в
г
д
е

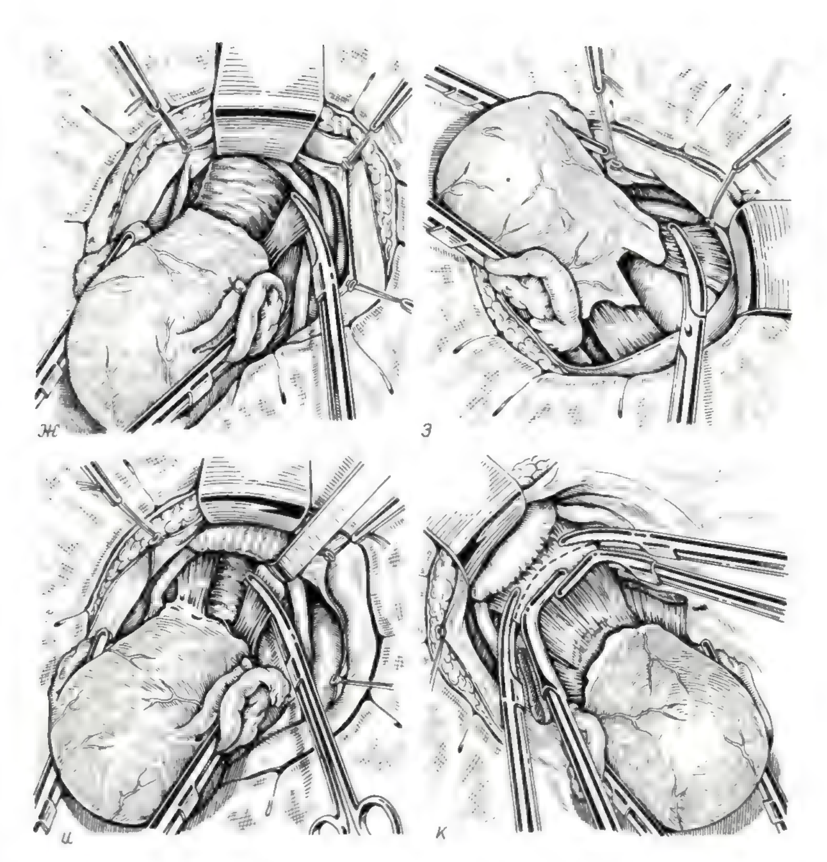


Рис. 115. Расширенная экстирпация матки с придатками по поводу рака шейки матки.

а — область расположения сосудов таза и клетчатки; *б* — обнаженные сосуды таза после снятия клетчаточного пласта; *в* — освобождение запирательной ямки; *г* — подведение лигатуры под маточные сосуды; *д* — отделение мочевого пузыря от верхних отделов влагалища; *е* — пересечение правой пузырно-маточной связки; *ж* — пересечение пузырно-маточно-влагалищной связки; *з* — наложение зажимов на крестцово-маточные связки; *и* — отделение боковых частей параметрия и паракольпия; *к* — наложение зажимов на влагалищную трубку.

рекомендуют некоторые специалисты (И. Л. Брауде, А. Б. Деражне), отсекают в области мочевого пузыря для отдельного гистологического исследования. По завершении этого этапа обнажается вся область расположения крупных сосудов таза (рис. 115,б). Одновременно следует удалить также лимфатические узлы, расположенные за наружной и общей подвздошной артериями. Затем выделяют и удаляют группу лимфатических узлов из запирательной ямки. Для этого зеркало перемещают к нижнему краю раны и с его

помощью наружные подвздошные сосуды отводят к стенке таза. Оттесняя вену в сторону, нужно стараться не повредить ее краем зеркала. От нижнезаднего края вены клетчатку с лимфатическими узлами приподнимают длинным анатомическим пинцетом и отделяют от сосудов изогнутыми ножницами. В этом отделе в виде белого тяжа проходит запирательный нерв, который, как и расположенные здесь артерии и вену, необходимо тщательно оберегать от возможного ранения. Удаление всего пласта клетчатки производят по направлению к тазовому дну до уровня верхних отделов мышцы, поднимающей задний проход, и седалищно-прямокишечной ямки (рис. 115,в). В этом месте расположены тазовые вены, отличающиеся значительной вариабельностью. Во избежание их ранения следует обращать особое внимание на возможность существования анастомозов между наружной и внутренней подвздошной венами или удвоения подчревной вены.

Следующий этап операции — выделение нижних отделов мочеточника и перевязка маточных сосудов. Мочеточник при подходе к боковым отделам матки располагается по заднему листку широкой маточной связки, где он вступает в боковой отдел параметрия. Здесь мочеточник нужно отделить от заднего листка и выделить затем на всем протяжении до места пересечения его с маточными сосудами. Необходимо, чтобы при выделении вокруг мочеточника оставалось некоторое количество клетчатки, так как его оголение нередко ведет к нарушению питания тканей и возникновению тяжелых осложнений. С помощью иглы Дешана между мочеточником, располагающимся ниже, и сосудистым пучком проводят кетгутовую и шелковую лигатуру (рис. 115,г). Шелковую лигатуру смещают ближе к матке и тотчас завязывают. Кетгутовую же лигатуру завязывают кнаружи от мочеточника и концы ее отрезаются. Маточные сосуды пересекают между лигатурами.

По завершении этих этапов описанные моменты операции повторяют на другой стороне. После того как с обеих сторон будут пересечены маточные сосуды, вскрывают пузырно-маточную складку брюшины и мочевой пузырь отделяют от матки. Чтобы облегчить выполнение этого этапа, матку следует подтянуть кверху, а культи круглых связок растянуть в стороны. Отделение пузыря в целях абластики лучше производить острым путем. С этой целью между пузырем и шейкой матки по средней линии вводят сомкнутые тупоконечные ножницы вогнутостью кпереди. В глубине

раны бранши ножниц осторожно раздвигают и в раскрытом виде выводят наружу (рис. 115,д). Этим приемом, предложенным А. И. Серебровым, мочевой пузырь отделяют от шейки матки и верхних отделов влагалища и он остается связанным с боков с маткой пузырно-маточными связками. Затем матку отводят влево и кзади, а мочевой пузырь с помощью широкого зеркала поднимают кпереди (к лону). Между пузырем и маткой натягивают ткани, включающие венозные сосуды пузырно-маточного сплетения. Вначале на правую связку, а затем на левую накладывают зажимы, связки рассекают, и зажимы у пузыря заменяют кетгутовыми лигатурами (рис. 115,е). С этого момента приступают к выделению мочеточников на остальном участке до места впадения их в мочевой пузырь: сначала справа, потом слева. Ножницами пересекают идущие от матки к стенке таза волокна кардинальной связки, в результате чего как бы из туннеля высвобождают мочеточник с одной стороны, а затем и с другой. После рассечения кардинальных связок мочеточники легко выделяются до места их впадения в мочевой пузырь. После выделения устьев мочеточников мочевой пузырь остается связанным с маткой и верхними отделами влагалища только за счет пузырно-маточно-влагалищных связок, в которых проходят основные стволы венозного сплетения. Связки пересекают и обязательно лигируют, так как в противном случае может возникнуть значительное, с трудом останавливаемое кровотечение (рис. 115,ж). Верхние отделы влагалища спереди оказываются полностью мобилизованными.

Следующий этап операции — отделение прямой кишки от задней стенки влагалища и пересечение крестцово-маточных связок. Для этой цели матку за зажимы подтягивают кверху и к лону, а прямую кишку, захваченную марлевой салфеткой, приподнимают к мысу крестца. После обнажения заднего свода брюшину рассекают в поперечном направлении ножницами по его дну. Заднюю стенку влагалища отделяют от прямой кишки пальцами правой руки, затем одну, а потом другую крестцово-маточные связки — от кардинальных и боковых отделов параметрия. Сначала на правую, а затем на левую крестцово-маточные связки накладывают изогнутые, достаточно жесткие зажимы (рис. 115,з). Связки пересекают, а их культи обшивают. Пересекать крестцово-маточные связки следует особенно осторожно, чтобы в зажимы не попали мочеточники, которые, хотя уже и выделены, но располагаются в области задних листков широкой связки.

После пересечения крестцово-маточных связок матка приобретает еще бо́льшую подвижность и легко выводится в рану.

Завершающий этап — удаление матки с верхней третью влагалища, придатками и освобожденными клетчаточными пластами параметрия. Из влагалища за корнцанг извлекают введенный перед операцией марлевый тампон. Матку подтягивают кверху и окончательно отделяют мочевой пузырь от передней стенки влагалища путем рассечения отдельных мышечных волокон, соединяющих пузырь с влагалищем. Матку отводят сначала влево для пересечения и перевязки боковых отделов правого параметрия и паракольпия. Для этого мочеточник отводят кнаружи, а на пласты клетчатки, возможно ближе к стенке таза, накладывают изогнутый зажим, над которым клетчатку пересекают и лигируют (рис. 115,и). Аналогично обрабатывают левые отделы паракольпия и параметрия. В результате этих приемов матка остается связанной только с влагалищной трубкой и полностью выводится из малого таза. Перед отсечением матки на влагалище, между средней и верхней третями, навстречу друг другу накладывают изогнутые зажимы или специальные жомы Вертгейма. Одновременно мы рекомендуем наложить на боковые отделы влагалища несколько ниже первых, примерно на уровне средней трети, дополнительные зажимы для удержания будущей культи влагалища и предотвращения кровотечения (рис. 115,к). Влагалище пересекают между верхними и нижними зажимами и матку общим блоком удаляют. Передний и задний края культи влагалища захватывают зажимами Микулича, а в его просвет вводят полоску марли, смоченную настойкой йода.

Культю влагалища по периметру обшивают отдельными кетгутовыми швами таким образом, чтобы их узлы были обращены в просвет влагалища. Влагалище оставляют открытым, чтобы обеспечить отток раневого содержимого из параметральных отделов. К переднему краю культи влагалища 2—3 швами подшивают брюшину мочевого пузыря. Аналогично к заднему краю культи подшивают культи крестцово-маточных связок и брюшину прямой кишки. Этими швами как бы окаймляется просвет влагалища. Затем производят линейную перитонизацию непрерывным кетгутовым швом, начиная от культей воронкотазовой и круглой связок справа до конца разреза брюшины слева. В результате такой перитонизации культи связок оказываются погруженными между листками широкой связки, а просвет влагалища — перекрытым за счет переднего и заднего листков брюшины.

Во влагалище, как рекомендует А. Б. Деражне, могут быть выведены полиэтиленовые трубки, центральные концы которых устанавливаются в боковые параметральные отделы для обеспечения стока и последующего введения антибиотиков. Трубки снаружи фиксируются кетгутовыми лигатурами, наложенными на боковые стенки влагалища в его нижнем отделе. Практикуется активное отсасывание с помощью резиновых груш или специально приспособленного водоструйного насоса. Брюшную рану ушивают послойно, наглухо. Из влагалища удаляют марлевую турунду, а из мочевого пузыря — катетер.

В случае осложнений со стороны органов мочевыведения катетер оставляют в мочевом пузыре на период, необходимый для их ликвидации.

В послеоперационном периоде в связи с обширностью вмешательства и неизбежной травматизацией тканей следует принять меры для предупреждения развития ацидоза, пареза кишечника и инфекции.

Послеоперационное и предоперационное облучение больных (лучевой этап комбинированного метода лечения). В этих случаях лучевая терапия предпринимается после хирургического этапа как обязательное мероприятие общего плана лечения больных либо осуществляется перед операцией по определенным медицинским показаниям. Послеоперационное облучение области малого таза направлено на закрепление эффекта, достигнутого в результате оперативного вмешательства для предотвращения развития локальных рецидивов заболевания. Предоперационное облучение проводится с целью уменьшения опухолевого очага и создания подвижности органа для выполнения последующего хирургического этапа, особенно в тех случаях, когда состояние области шейки матки представляет технические затруднения для подхода к ней и оперативного удаления.

Послеоперационное облучение ведется с помощью дистанционных источников, обладающих значительными энергетическими ресурсами. Чаще всего используется глубокая телегамма-терапия с помощью аппаратов с большим зарядом («Луч», «Рокус») или жесткое тормозное излучение, генерируемое линейными ускорителями электронов, бетатронами и другими установками. Применение источников высоких энергий предпочтительнее аппаратов для глубокой ортовольтной рентгенотерапии, так как у высокоэнергетических источников более выгодное процентно-глубинное соотношение доз, чем у рентгеновских аппаратов, работающих в киловольтном режиме. Послеоперационное облучение области малого таза

проводится с таким расчетом, чтобы за курс лечения на уровне залегания культей была создана доза порядка 3,0—3,5 крад (3000—3500 рад). Облучение может быть осуществлено в статическом или ротационном режиме. Статическое облучение области малого таза может производиться с 4 (2 подвздошных и 2 крестцово-ягодичных) или 2 больших противолежащих (подвздошное и ягодично-крестцовое) полей. Облучение в подвижном режиме осуществляется с двух центров качания, причем, учитывая особенности анатомического строения таза, для создания необходимой дозы в его пристеночных отделах расстояние между центрами качания не должно превышать 6—8 см при угле качания источник ± 90°.

Выбор площади и формы полей облучения зависит от индивидуальных особенностей таза. Обычно с помощью специального рентгенографического и биометрического обследования больных (тазовой области) поля облучения подбирают таким образом, чтобы в зону облучения попали все анатомические структуры, вовлеченные в опухолевый процесс: области запирательных ямок с обеих сторон, оставшаяся культя влагалища, параметральные отделы, в том числе нижняя зона под бифуркацией аорты. При четырехпольном облучении области таза чаще всего приходится использовать поля размером 10 × 15 см, реже 8 × 12 см (рис. 116, а), а при двухпольном — 12 × 14 или 14 × 14 см (рис. 116, б). Значительно реже приходится применять поля бо́льших или меньших размеров. Обычно в сечение выбранных пучков излучения попадают все структуры малого таза, подлежащие облучению (рис. 116, в). Облучение больных ведется ежедневно (5 раз в неделю) с одного поля при двухпольном и с двух полей (передних или задних) при четырехпольном облучении. Разовая (экспозиционная) доза должна составлять 250—300 Р. Число сеансов облучения зависит от заданной дозы на уровне в данном случае культей и характера изодозного распределения у выбранного пучка. При использовании обычных аппаратов для глубокой телегамма-терапии («Луч», «Рокус») достижение заданной дозы на глубине 3000—3500 Р при средних размерах таза обеспечивается за 18—20 сеансов облучения (при двухпольном облучении такого же числа полей), а при четырехпольном облучении 36—40 полей. При использовании тормозного излучения (ускорители, бетатроны) количество полей облучения для достижения заданного дозового уровня будет зависеть от энергии источника и характера смещения максимума ионизации в глубину тканей.

Применение для этих целей глубокой рентгенотерапии (ортовольтной) менее целесообразно, так как достижение такой же дозы на глубине залегания тканей — задача почти невыполнимая в связи с возникновением тяжелых кожных реакций. В этих случаях приходится ограничиваться достижением дозы на глубине порядка 2500—2800 Р.

Предоперационное облучение (дистанционное) больных раком шейки матки по существу ни по методике, ни по технике не отличается от послеоперационного, однако по величине общая поглощенная доза в опухолевом очаге не должна превышать уровня 3000 Р. Подведение доз более высокого порядка обычно создает серьезные технические затруднения

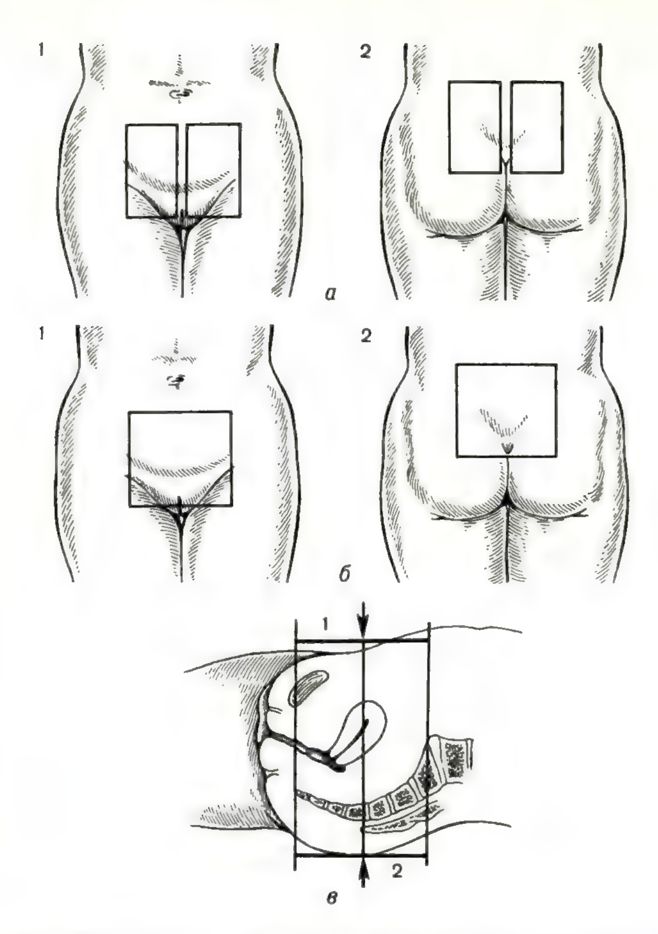


Рис. 116. Схематическое изображение размещения различных полей для послеоперационного облучения области малого таза.

а — размещение полей при четырехпольном облучении. *1* — два подвздошных спереди, *2* — два ягодично-крестцовых сзади; *б* — размещение полей при двухпольном облучении: *1* — спереди, *2* — сзади; *в* — направление пучков излучения (вид сбоку) при облучении больной спереди (*1*) и сзади (*2*).

при выполнении хирургического этапа лечения. Послеоперационное облучение больных при нормально протекающем послеоперационном периоде и отсутствии осложнений со стороны мочевыделительных органов целесообразно начинать в период между 3-й и 4-й неделями. После предоперационного облучения хирургический этап предпринимается через 14—20 дней. Оперативное вмешательство, выполняемое в более

поздние сроки после облучения, может встретить технические трудности, обусловленные образованием спаек, а также склерозированием клетчатки таза.

Сочетанная лучевая терапия. Метод сочетанной лучевой терапии включает два вида облучений и, реже, больше. Обычно используют сочетание описанного выше дистанционного облучения области малого таза с внутриполостной кюритерапией (внутриполостное облучение), основной задачей которой является непосредственное (контактное) воздействие на первичный опухолевый очаг. Естественно, что суммарные поглощенные дозы в опухолевых очагах при использовании сочетанного метода значительно выше доз, которые создаются при послеоперационном или предоперационном облучении. В этих случаях в зависимости от распространенности опухолевого процесса и преимущественности поражения тех или иных отделов таза суммарные дозы в первичном опухолевом очаге шейки матки (точки А и A_1) составляют в среднем от 7,5 до 10,0 крад, а в пристеночных отделах, в областях расположения регионарного лимфатического аппарата (точки В и B_1) — порядка 6,0–6,5 крад.

Применение сочетанного метода лучевого лечения требует строгого учета индивидуальных проявлений заболевания, конституциональных особенностей строения тазовой области, а также выраженности развития мышечного аппарата и подкожного жирового слоя. Поэтому программы лучевого лечения составляются индивидуально для каждой больной, что входит в систему так называемой предлучевой подготовки.

Все виды лучевой терапии (предоперационное, послеоперационное облучение, сочетанное лучевое лечение) нередко сопровождаются специфическими реакциями организма, а в ряде случаев и лучевыми повреждениями тканей. Осложнения этого порядка принято делить на общие и местные.

К числу общих относят специфические проявления, характеризующиеся потерей аппетита, извращением вкуса, нарушением сна, падением артериального давления, тахикардией и другими признаками. В большинстве случаев эти нарушения обратимы и после прекращения облучения купируются без специального лечения. В более выраженных случаях у больных могут наблюдаться нарушения системы кроветворения в виде угнетения лейко- и тромбоцитопоэза, а также расстройства функции кишечника (диарея).

К числу местных реакции (повреждений) в первую очередь следует отнести нарушения со стороны прямой кишки (лучевые ректиты) и мочевого пузыря (лучевые циститы). Реже встречаются другие повреждения (эпителииты и дерматиты), не имеющие самостоятельного клинического значения. Местные повреждения носят обратимый характер, но по возможности их следует предупреждать, а при необходимости — лечить.

Глава 18

КОМБИНИРОВАННЫЕ И КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ТЕЛА МАТКИ

Общие клинические вопросы. К числу опухолей этой локализации в первую очередь следует отнести рак эндометрия, который по частоте занимает третье место (после рака шейки матки и яичников) и выявляется примерно в 10% случаев по отношению ко всем злокачественным новообразованиям гениталий. Значительно реже наблюдаются хорионэпителиома и саркома матки. Если рак эндометрия характерен, как правило, для женщин в менопаузе и возникает в возрасте старше 50 лет, то саркомы матки бывают у женщин всех возрастов, но преимущественно после 40 лет. Хорионэпителиома матки, представляя определенную редкость (около 2% по отношению ко всем заболеваниям гениталий), встречается в основном у женщин детородного возраста после или во время патологически протекавшей беременности, а также пузырного заноса. Значительно реже хорионэпителиома наблюдается в менопаузе, спустя длительное время после беременности, даже протекавшей без осложнений.

Большинство злокачественных новообразований тела матки развивается на фоне различных гормональных перестроек. Рак эндометрия, например, часто сочетается с диабетом и другими эндокринными заболеваниями. Это обстоятельство обусловливает возможность использования, помимо хирургических методов лечения, гормональных и цитостатических препаратов, обеспечивающих длительное благополучие больных. Применение различных по терапевтическому воздействию мероприятий относят к системе комплексного лечения больных.

Комбинированное и комплексное лечение больных раком эндометрия. Рак эндометрия развивается из слизистой оболочки матки, чаще всего на фоне различных гиперпластических процессов, не свойственных по времени возникновения возрасту больных. К числу подобных, потенциально опасных состояний эндометрия относят железисто-кистозную гиперплазию, полипоз (запущенная форма гиперплазии), а также аденоматоз. Своевременное обнаружение и лечение подобных нарушений, особенно в менопаузе, позволяют предупредить развитие рака. Часто гиперпластические процессы в эндометрии сочетаются с текаматозом яичников, иногда связанным с их склеро-кистозной дегенерацией, которая нередко ведет

к развитию пролифератов в молочной железе и мышце матки (фиброматоз, фибромиома). Именно эти нарушения у определенного контингента больных объединяются понятием группы повышенного риска.

Для рака эндометрия патогномонично возникновение маточных кровотечений, характер которых зависит от клинических проявлений заболевания и возраста больных. Женщины чаще всего отмечают появление крови в периоды между менструациями (метроррагия), причем большинство из них считают это состояние нарушением частоты менструаций. В других случаях кровотечения приобретают характер меноррагии; при этом больные говорят об усилении и удлинении менструаций с сокращением промежутка между ними. Во всех случаях такого кровотечения диагноз рака эндометрия не всегда очевиден, так как подобная клиническая картина возможна и при других заболеваниях гениталий неопухолевой природы, например развивающихся на фоне различных возрастных нарушений, в том числе и гормональной функции гонад, при фибромиомах матки, некоторых торпидно протекающих воспалительных процессах и др. Значительно проще поставить диагноз, если женщины находятся в менопаузе, так как появление маточных кровотечений или кровоотделения чаще всего связано с опухолевой трансформацией эндометрия. Поэтому во всех подозрительных случаях диагноз рака эндометрия должен быть подтвержден гистологическим исследованием соскоба.

Из числа других симптомов, однако менее характерных, следует назвать появление гнойных или серозно-гнойных выделений и болевых ощущений. Выделения воспалительного характера могут быть связаны с возрастной пиометрой у пожилых женщин и эндометритом у менструирующих женщин. Болевой синдром относится к числу симптомов, характерных для уже развившихся процессов, связанных с увеличением органа и сдавлением нервных сплетений или специфическим поражением лимфатических узлов таза. Реже боли возникают при задержке оттока из полости матки (крови, воспалительного и тканевого содержимого) в связи с облитерацией верхних отделов шеечного канала.

При обследовании больных с начальными формами рака эндометрия редко выявляются увеличение матки и другие местные признаки заболевания. Увеличение органа, а также потеря им подвижности характерны для процессов более развитых, сопровождающихся накоплением в полости матки опухолевых масс, крови и воспалительного экссудата. В этих

случаях матка увеличена в размерах, имеет округлую форму, дряблую консистенцию и подвижность ее несколько ограничена.

Чаще всего рак эндометрия развивается в верхних отделах полости матки. Распространение опухоли наряду с прорастанием мышцы матки и серозного покрова нередко может происходить в направлении маточных труб и яичников с обсеменением брюшины. В этих случаях процесс метастазирует в поясничные и парааортальные лимфатические узлы. Реже он локализуется в нижних отделах полости матки, распространяясь на шеечный канал. В этом варианте метастазирование рака происходит по тем же путям, что и при раке шейки матки (в подвздошные, подчревные и запирательные лимфатические узлы). Разделение процесса по характеру метастазирования носит, однако, чисто условный характер, так как независимо от локализации опухолевого процесса примерно в 15—20% случаев обнаруживают поражение лимфатических узлов таза. Это обстоятельство, установленное в последние годы (Я. В. Бохман), дало основание к пересмотру позиций в отношении объема хирургического вмешательства при раке эндометрия и обоснованному его расширению за счет тазовой лимфаденэктомии. Для рака эндометрия характерны отдаленные метастазы (гематогенного происхождения) в другие органы, чаще в легкие и кости.

В выборе оптимальных терапевтических мероприятий при раке эндометрия существенное значение имеют классификации, на основании которых могут быть сформулированы показания и противопоказания к тому или иному методу лечения.

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

I стадия — опухолевый процесс строго ограничен пределами эндометрия

II стадия имеет три варианта: а) процесс, прорастающий миометрий; б) имеется опухолевая инфильтрация клетчатки параметрия на одной или обеих сторонах, но без перехода на стенки таза; в) процесс, распространяющийся на шейку матки

III стадия также имеет три варианта: а) имеется опухолевая инфильтрация клетчатки параметрия с одной или обеих сторон с переходом на стенки таза; б) процесс, характеризующийся метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов, придатков матки или влагалища; в) процесс, распространяющийся (прорастающий) на серозный покров матки, но без поражения соседних органов

IV стадия имеет два варианта: а) процесс, характеризующийся прорастанием серозного покрова матки и одновременным поражением мочевого пузыря, прямой кишки или других отделов кишечника; б) процесс, характеризующийся метастазами в другие (отдаленные) органы.

Примерно те же признаки протяженности опухолевого процесса учитываются классификацией, предложенной Международным противораковым союзом, по трем факторам (TNM).

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

T — первичная опухоль
Tis — все формы преинвазивного рака
T1 — процесс, ограниченный телом матки (причем T1a — без расширения полости матки, T1b — с ее расширением)
T2 —процесс, распространяющийся на шейку матки
T3 —процесс, распространяющийся за пределы матки, но не выходящий из полости малого таза
T4 — процесс, распространяющийся за пределы малого таза или прорастающий мочевой пузырь или прямую кишку
N —регионарные лимфатические узлы
Nx —состояние лимфатических узлов установить невозможно
N0 —изменения в лимфатических узлах (по данным лимфографии) отсутствуют
N1 —обнаруживаются специфические изменения в лимфатических узлах (по данным лимфографии)
M —метастазы
M0 —отдаленные метастазы отсутствуют
M1 —имеются отдаленные метастазы, включая поражение паховых лимфатических узлов.

На основе рассмотренных классификационных особенностей опухолевого процесса может быть сделан обоснованный выбор комплекса лечебных мероприятий, к числу которых относятся комбинированный метод, сочетанное лучевое лечение, а также гормонотерапия.

Хирургический этап комбинированного лечения больных раком тела матки. Реализация оперативного вмешательства в ряде случаев встречает серьезные затруднения, так как рак эндометрия чаще наблюдается у женщин пожилого возраста, нередко отягощенных тяжелой возрастной патологией. Это обстоятельство даже при ограниченных процессах нередко заставляет отказаться от радикальной операции или же применить заведомо меньший объем хирургического вмешательства. Так, например, при процессах бо́льших, чем I стадия (II стадия, вариант а, T1N0M0), приходится ограничиваться обычной абдоминальной экстирпацией матки с придатками без лимфаденэктомии. Трудности лечения таких больных усугубляются еще и тем, что имеющий железистое происхождение рак эндометрия обладает меньшей радиочувствительностью, чем опухоли, развивающиеся из плоского эпителия. Лучевая терапия, кроме того, часто может встречать трудности и при введении излучающих систем в полость матки из-за возрастной атрофии половых органов.

Расширенный объем хирургического вмешательства (с тазовой лимфаденэктомией) может быть предпринят лишь у ограниченного контингента больных, главным образом относительно молодых женщин, не имеющих серьезных противопоказаний к операции со стороны других органов и систем. При хирургическом лечении должны учитываться также особенности процесса, его распространенность и форма роста опухоли. Опыт свидетельствует о том, что хорошие результаты операции наблюдаются при процессах, ограниченных полостью (телом) матки и шеечным каналом, а также при процессах, инфильтрирующих миометрий, но не прорастающих серозные покровы матки (стадии I, IIa, T1N0M0, T1a(T1b)N0M0; T2N0M0).

В ряде случаев может быть допущен меньший объем хирургического вмешательства по типу обычной экстирпации матки с придатками, главным образом у больных, требующих бережного отношения в связи с имеющимися ограничениями со стороны общего состояния. К числу опухолевых процессов, которые могут быть включены в категорию заболеваний, подлежащих хирургическому лечению в меньшем объеме (без лимфаденэктомии), следует отнести рак, ограниченный только телом матки I и IIa стадии; T; T1(T1a, T1b) N0M0). Во всех остальных случаях нужно использовать сочетанное лучевое лечение или комплексное, предусматривающее, кроме лучевых методов, применение в течение длительного времени прогестинов.

Тазовая лимфаденэктомия при экстирпации матки с придатками по поводу рака эндометрия выполняется в основном по такому же принципу, что и при раке шейки матки. Ниже рассмотрена техника абдоминальной экстирпации матки с придатками (без лимфаденэктомии).

Операция экстирпации матки с придатками. После вскрытия брюшной полости (разрезом по Черни, нижним срединным) и отграничения петель кишечника матку захватывают двумя прямыми зажимами, накладываемыми на широкие связки у ее ребер. В зажимы попадают круглые связки, трубы и собственные связки яичников. Оба зажима связывают за бранши марлевой полоской. Затем накладывают зажимы на круглые и воронко-тазовые связки с обеих сторон. Использовать контрклеммы в этих случаях нет необходимости, так как их функции выполняют зажимы, наложенные на боковые отделы матки (рис. 117,а). Связки пересекают, а культи обшивают кетгутовыми лигатурами.

Следующий этап состоит в освобождении нижних отделов

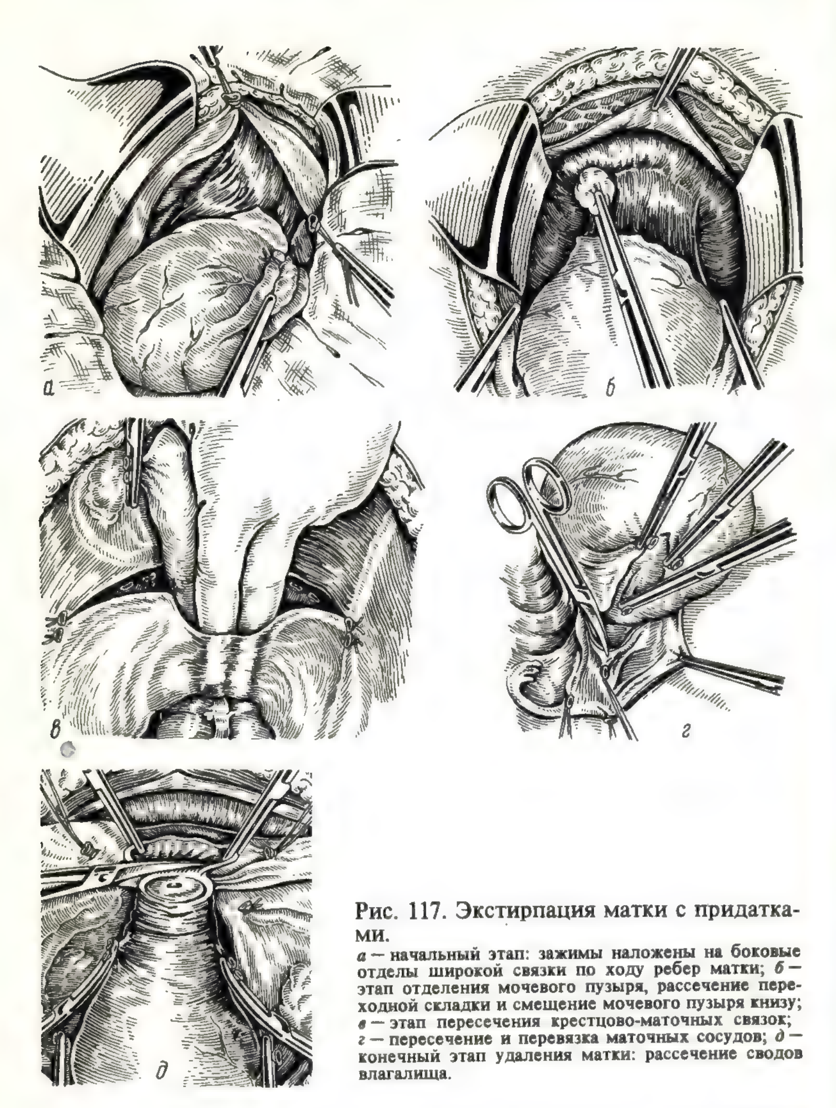


Рис. 117. Экстирпация матки с придатками.

а — начальный этап: зажимы наложены на боковые отделы широкой связки по ходу ребер матки; *б* — этап отделения мочевого пузыря, рассечение переходной складки и смещение мочевого пузыря книзу; *в* — этап пересечения крестцово-маточных связок; *г* — пересечение и перевязка маточных сосудов; *д* — конечный этап удаления матки: рассечение сводов влагалища.

матки (ее влагалищной части). Для этого культи круглых связок разводят за лигатуры в стороны, а передний листок брюшины вскрывают в продольном направлении по пузырно-маточной складке. Острым путем мочевой пузырь отслаивают от шейки матки и переднего свода влагалища и сдвигают книзу. Следует иметь в виду, что при выполнении этого этапа

можно повредить мочеточники, которые в этом месте подходят к боковым отделам шейки матки и направляются к ее передней поверхности. Поэтому при освобождении и смещении мочевого пузыря книзу необходимо также освободить области расположения мочеточников путем смещения их небольшим тупфером в стороны от передней поверхности шейки и несколько книзу (рис. 117,б).

Затем переходят к освобождению задней поверхности шейки матки и заднего свода влагалища. Для этой цели задние листки широкой связки рассекают вдоль ребер матки до уровня наружных отделов шейки матки. Здесь также можно встретить мочеточники, которые в области шейки матки располагаются по задним листкам широкой связки. Поэтому данный этап и последующее высвобождение задней поверхности шейки матки следует выполнять особенно тщательно с тем, чтобы не ранить мочеточники. Еще лучше, если окажется возможным, проследить их ход визуально. Матку за зажимы отводят к лону и приподнимают кверху. Обнажившуюся брюшину, покрывающую надвлагалищную часть шейки матки, рассекают в поперечном направлении над местом прикрепления крестцово-маточных связок. Брюшину тупо, лучше пальцами, отслаивают от влагалищной части шейки матки и заднего свода влагалища. Часто к заднему своду тесно прилежит часть прямой кишки, которую следует также несколько отделить от задней поверхности влагалищного свода (рис. 117,в). Этот этап операции нередко сопровождается достаточно выраженным кровоотделением, связанным с нарушением целости венозных сосудов, которые необходимо тщательно лигировать. Крестцово-маточные связки пережимают жесткими изогнутыми зажимами у места отхождения их от матки, затем пересекают и перевязывают кетгутом. Концы лигатур сохраняют в качестве «держалки».

Следующий этап связан с перевязкой и рассечением маточных сосудов. Сначала с одной, а затем с другой стороны отыскивают, а при необходимости высвобождают маточные сосуды у места подхода их к ребру матки. Несколько отступя от матки кнаружи, на сосуды накладывают плотный зажим и выше от него контрклемму. Между зажимами сосуды пересекают, а дистальный конец их слегка мобилизуют, перевязывают (лучше шелком) и отводят латерально в сторону и книзу (рис. 117,г). Аналогично поступают с сосудами противоположной стороны. Затем матку подтягивают кверху, освобождают область сводов влагалища. Мочевой пузырь отводят широким зеркалом к лону. Передний свод влагалища

захватывают зажимом по центру и надсекают ножницами (или скальпелем) до вскрытия просвета влагалища. Разрез слегка расширяют в стороны и в полость влагалища вводят марлевую турунду, смоченную настойкой йода. Затем через созданное отверстие на стенку влагалища (своды) накладывают зажимы и по ним постепенно отсекают матку (рис. 117,д). При наложении зажимов на боковые своды в них попадают шеечно-влагалищные ветви маточных сосудов, которые в этом случае не требуют отдельной перевязки. Завершается удаление матки наложением зажимов навстречу друг другу на задний свод, над которыми матку с придатками отсекают.

Культю влагалища смазывают настойкой йода и обшивают отдельными кетгутовыми швами с таким расчетом, чтобы узлы располагались в просвете влагалища. Влагалище оставляют незашитым, чтобы обеспечить сток раневого содержимого. При обшивании культи влагалища к переднему ее краю подшивают брюшину мочевого пузыря, а к заднему — культи крестцово-маточных связок вместе с брюшиной прямой кишки. Затем следует перитонизация, которую лучше выполнить непрерывным линейным швом, начиная от культей круглой и воронкотазовой связок справа до разреза брюшины слева. Культи связок погружают между листками широкой связки, а просвет влагалища перекрывают за счет сшивания переднего и заднего листков брюшины. Производят обычный туалет, брюшную рану ушивают послойно, наглухо. Выпускают мочу катетером.

Послеоперационное ведение больных обычное, за исключением случаев, в которых хирургическому лечению подвергались больные с теми или иными сопутствующими заболеваниями (сердечно-сосудистые нарушения, диабет и др.). В этих случаях одновременно применяется терапия, направленная на устранение осложняющих факторов.

Послеоперационное и предоперационное облучение больных (лучевой этап комбинированного метода лечения). Этот этап чаще используется в послеоперационном периоде и значительно реже в предоперационном. В этих случаях осуществляется дистанционное облучение области малого таза с использованием тех же средств и методов, что и при облучении больных, оперированных по поводу рака шейки матки. Облучение больных начинается не позже 20—25-го дня после операции при условии неосложненного течения послеоперационного периода. Для облучения области малого таза предпочитают использовать источники высоких энергий, обеспечивающие более выгодное изодозное распределение в тканях, чем аппараты ортовольтной рентгенотерапии.

Общекурсовые дозы на глубине залегания культей не должны превышать уровней порядка 3,5 крад, так как отсутствие матки нередко может привести к возникновению стойких лучевых повреждений тканей мочевого пузыря и прямой кишки.

Гормональный этап лечения. В последние годы получила распространение гормонотерапия различных злокачественных новообразований. Вместе с тем этот метод не приобрел самостоятельного значения, а используется как один из этапов комплексного лечения, дополняющий хирургическое, лучевое и лекарственные методы терапии.

В основе гормонотерапии лежит стремление вызвать перестройку гормонального гомеостаза, подавить или полностью выключить выработку гормонов, активно стимулирующих процессы тканевой пролиферации, особенно в гормонозависимых тканях (органах), например таких, как эндометрий и железистый эпителий молочных желез. Тем самым в случае опухолевой трансформации подавляются развитие и рост опухоли. Действие гормональных препаратов, однако, сохраняется только на тот период, пока они используются. Поэтому общий принцип гормонотерапии предусматривает длительное и постоянное применение гормонов до тех пор, пока сохраняется обеспеченная ими ремиссия. Наоборот, прекращение гормонотерапии при достижении лечебного эффекта и повторное их назначение при ухудшении состояния больных представляют собой порочную тактику в связи с созданием резкого колебания уровней гормонов, способствующих в ряде случаев прогрессированию опухолевого процесса.

В последние годы в результате обстоятельных исследований были получены данные, свидетельствующие о том, что прогестины подавляют пролиферацию элементов эндометрия, в том числе и при раке (В. М. Дильман, Я. В. Бохман, и др.). Поэтому в качестве одного из этапов комплексного лечения больных раком эндометрия стала применяться гормонотерапия, особенно при запущенных формах заболевания или метастазах в отдаленные органы (легкие, кости и др.). Прогестерон в этих случаях назначается в больших дозах с последующим постоянным применением препарата в так называемых поддерживающих дозах. Наиболее полно этим целям удовлетворяет 17-оксипрогестерон-капронат (12,5—25% раствор), который назначают больным в дозах до 3000—5000 мг в неделю.

Курс лечения состоит из ежедневного (или через день) внутримышечного введения препарата по 500—700 мг в течение 30—45 дней.

Улучшение состояния больных, особенно при запущенных формах заболевания, обычно отмечается уже в период проведения гормонотерапии. По достижении ремиссии больные постоянно получают препарат, но в меньших дозах, чаще по 250—500 мг в неделю (однократно или в 2 приема). Противопоказаниями к применению 17-оксипрогестерон-капроната служат выраженная сердечно-сосудистая недостаточность и общее тяжелое состояние больных.

Комбинированное и комплексное лечение больных с саркомой и хорионэпителиомой матки. К числу более редких заболеваний матки злокачественного характера относят саркому и хорионэпителиому.

Саркома матки наблюдается в любом возрасте, даже в детском, но чаще встречается после 40 лет. Процесс может развиваться из стромальных элементов эндометрия или фиброзных элементов миометрия. В морфологическом отношении саркомы матки не отличаются многообразием: чаще всего это *круглоклеточные, веретеноклеточные и полиморфноклеточные опухоли*.

Клиническая картина заболевания зависит от формы опухолевого процесса и особенностей его роста. Если опухоль развивается из элементов эндометрия, то клинические проявления мало отличаются от признаков, характерных для рака эндометрия. Отмечаются маточные кровотечения (по типу метроррагии или меноррагии) и боли различного характера и степени выраженности. Диагноз в этих случаях устанавливается с помощью гистологического исследования соскоба. Сложнее, если саркома развивается в толще мышцы матки, не прорастая в полость, и заболевание рассматривается как быстрорастущая фибромиома матки. При этом истинный диагноз часто устанавливается на операционном столе или после исследования удаленного препарата.

Саркома матки быстро прогрессирует и метастазирует, главным образом гематогенным путем. Поэтому, как только она будет диагностирована, следует приступить к лечению больной. В этих случаях используют комбинированный метод, состоящий из экстирпации матки с придатками и послеоперационного облучения области малого таза с помощью дистанционных источников (как при раке эндометрия). Следует отметить, что радиочувствительность подобных опухолей чрезвычайно низка и подавление роста опухолевых очагов с помощью лучей не всегда осуществимо. Однако предпринимаемое облучение имеет целью не столько подавление опухолевого роста, сколько создание облитерации сосудов и

склерозирования тканей, т. е. условий, неблагоприятных для развития процесса. В этих случаях методика облучения и общекурсовые дозы аналогичны тем, которые используются в послеоперационном периоде у больных раком шейки и тела матки.

Хорионэпителиома матки. Это заболевание, как и саркома матки, относится к числу относительно редких и чаще встречается у рожавших женщин в детородном возрасте. Опухоль развивается из элементов хориона после самопроизвольного или искусственного аборта, а также в результате пузырного заноса. Первичная локализация опухоли может быть различной. Чаще поражается стенка матки, однако нередко очаги могут локализоваться во влагалище, трубах или яичниках. При клиническом обследовании у больных обнаруживается увеличенная матка, которая содержит различной величины размягченные узлы, по форме и очертаниям напоминающие миому. Слизистые оболочки наружных половых органов и влагалища обычно отечны и цианотичны. Очаги хорионэпителиомы во влагалище выглядят как темно-вишневые образования мягкой консистенции, кровоточат при исследовании.

Опухоль, кроме влагалища, часто метастазирует в легкие. Рентгенологически изменения в них обнаруживаются значительно раньше, чем клинические признаки заболевания. В дальнейшем у больных появляются кашель, одышка, а затем присоединяются кровохарканье и общие нарушения, связанные с интоксикацией организма. Метастазы в другие органы (например, головной мозг) встречаются значительно реже и в зависимости от локализации имеют специфическую неврологическую картину.

Диагностика заболевания при подозрении на хорионэпителиому относительно проста. Наиболее убедительным признаком является повышение уровня хорионического гонадотропина (ХГ), который может быть установлен с помощью качественных тестов (реакции Ашгейма—Цондека, Фридмана и др.) или количественного определения методами иммунологического тестирования и радиоизотопного исследования. Диагностировать заболевание можно также с помощью гистологического исследования соскоба из полости матки или материала из метастатического (например, во влагалище) очага. Опухоль характеризуется наличием округлых или полигональных клеток Лангханса и синцитиальных элементов с круглыми гипохромными ядрами, без стромы и сосудов. Эти изменения следует отличать от пузырного заноса, который

развивается из ворсин плаценты. Ворсины в этих случаях представляются отечными, покрыты хориальным эпителием и синцитиальными клетками.

В последние годы лекарственный метод лечения хорионэпителиомы является основным, так как специфическая химиотерапия (в частности, метатрексатом, актиномицином D и др.) дает значительно лучшие результаты, чем хирургическое лечение. Поэтому лечение больных правильнее начинать с химиотерапии, а хирургическое лечение применять только по определенным показаниям. Хирургическому лечению, в частности, подлежат больные со значительным опухолевым поражением матки, угрожающим прорывом узлов в брюшную полость с опасностью обильного внутреннего кровотечения, или женщины, у которых хорионэпителиома матки сочетается с осложненными кистами яичников (перекручивание ножки кисты желтого тела, кровоизлияния в полости кист и др.).

Хирургический этап лечения при хорионэпителиоме предусматривает выполнение экстирпации матки без придатков, если их можно сохранить и без лимфаденэктомии. В ряде случаев может оказаться полезной перевязка не маточных, а внутренних подвздошных сосудов, чтобы нарушить питание метастатических узлов во влагалище. При операциях, предпринимаемых у молодых женщин, один или оба яичника можно оставить.

Химиотерапия хорионэпителиомы. Достаточно высокий эффект дает метатрексат, который можно применять внутрь, внутримышечно или внутривенно. Препарат назначают по 25 мг (внутривенно) ежедневно в течение 5 дней; общая курсовая доза не выше 125 мг. Курсы лечения повторяют через 10 дней (2—3 раза).

Стойкий и длительный эффект лечения может быть достигнут с помощью методики сочетанного применения метатрексата и актиномицина D, разработанной И. Д. Нечаевой. Метатрексат назначают по 20 мг внутримышечно ежедневно в течение 4 дней. Затем следует 7-дневный перерыв, после которого применяют актиномицин D по 0,5 г внутривенно в течение 5 дней ежедневно. Такие циклы повторяют через 10 дней под контролем уровня ХГ. Лечение прекращают при падении ХГ до уровня 200 МЕ и ниже. Возобновляют лечение по показаниям со стороны местного процесса и при повышении титра ХГ.

Метатрексат достаточно токсичен, поэтому лучше применять его внутримышечно. Возможны побочные явления — язвенный стоматит, диарея, угнетение гемопоэза и дерматит; при них лечение метатрексатом следует прекратить.

Хорошие результаты могут быть получены и с помощью некоторых антибиотиков. Одним из эффективных препаратов является хризомалин. Его вводят внутривенно в дозе до 1000 мкг через день. Общая доза на курс в среднем составляет 7—10 мг. Применяется также и рубомицин ежедневно внутривенно из расчета 1 мг на 1 кг массы тела больной (примерно 60—80 мг ежедневно) в течение 5 дней.

Курс лечения повторяют через неделю в тех же дозах. Нужно иметь в виду, что антибиотик угнетает лейко- и тромбоцитопоэз, поэтому необходим тщательный контроль за показателями крови.

С целью лечения хорионэпителиомы может использоваться также оливомицин из расчета по 10 мг (через день внутривенно) до общей курсовой дозы в 100—200 мг.

Достижение стойкого эффекта с помощью лекарственных средств выдвинуло методы химиотерапии на первое место. Поэтому хирургическое и лучевое лечение хорионэпителиомы приобрело второстепенное значение. В ряде случаев, однако, лучевая терапия может быть предпринята для облучения изолированных метастатических очагов. При этом используются все виды облучения (дистанционное, внутриполостное, внутритканевое), выбор которых зависит от локализации очага и его доступности для облучения. Во всех случаях доза в очаге должна быть не ниже 6000—7000 рад. Прогноз заболевания вполне благоприятный.

Глава 19

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Общие клинические вопросы. Опухоли яичников являются относительно частым и сравнительно сложным заболеванием, которое встречается у женщин в любом возрасте, но преимущественно после 40 лет.

Сложность состоит в том, что ранние формы опухоли, как правило, не имеют четкой и характерной клинической картины, а в ряде случаев процесс протекает без каких-либо нарушений общего состояния больной или функций половых органов. Вместе с тем свободное расположение яичников в брюшной полости (малом тазу), а также тесный контакт их с париетальной брюшиной, сальником и другими органами нередко ведут к раннему обсеменению опухолевыми элементами и

генерализации процесса еще до того момента, когда наличие опухоли может быть установлено обычными методами обследования больных. Эти особенности развития опухолевого процесса ставят перед клиницистами чрезвычайно трудные задачи по разработке более совершенных методов диагностики, главным образом в выявлении ранних форм или создании системы по наблюдению за определенным контингентом женщин, у которых подобные заболевания наиболее вероятны. Полагают, что выделение так называемой группы повышенного риска, в которую объединены женщины с различными нарушениями полового цикла, может обеспечить своевременность обнаружения ранних форм заболевания. Организационные мероприятия подобного характера позволяют существенно снизить число запущенных форм рака, тем не менее проблема диагностики и лечения злокачественных опухолей яичников не теряет своей актуальности.

В морфологическом отношении опухоли яичников могут иметь самое различное происхождение, по-видимому, в связи с тканевым полиморфизмом, обусловленным особенностями эмбриональной закладки половой системы женщины и, в частности, гонад.

Установлено, что среди кист яичников 20% составляют злокачественные опухоли. Поэтому каждая киста яичника вследствие сложности установления ее характера подлежит хирургическому лечению, как только она будет обнаружена, если к такому вмешательству нет противопоказаний. Истинный характер опухоли в большинстве случаев устанавливается на операционном столе или в результате гистологического исследования операционного препарата, в том числе и с помощью экспресс-диагностики.

Опухоли яичников принято подразделять на доброкачественные и злокачественные. Подобное разделение до момента подтверждения диагноза злокачественности носит формальный характер, поскольку бо̀льшинство доброкачественных кист яичников независимо от тканевой принадлежности опухоли обладает способностью к злокачественной трансформации.

Доброкачественные опухоли яичников. Прежде чем приступить к изложению лечебной тактики, предпринимаемой в отношении злокачественных опухолей яичников, целесообразно рассмотреть некоторые клинические аспекты, касающиеся доброкачественных кист, так как в ряде случаев провести четкую границу между злокачественностью и доброкачественностью заболевания не всегда представляется возможным.

Следует вместе с тем оговорить некоторые вопросы терминологии. В практике довольно часто употребляется выражение «кистома яичника» — понятие, в которое вкладывается принадлежность к опухолевому заболеванию. Однако такое сложившееся обозначение заболевания в принципе не всегда верно, так как это название не конкретизирует существа патологии. Поэтому правильнее всегда говорить о кисте яичника (яичников) в тех случаях, в которых природа заболевания не уточнена, и обозначать термином «злокачественная опухоль яичника» после подтверждения диагноза гистологическим исследованием или клиническими данными.

Большинство кист яичников, с которыми приходится встречаться в клинической практике, имеет эпителиальное происхождение. К их числу следует отнести серозные сецернирующие *цилиоэпителиальные и псевдомуцинозные* кисты яичников.

Цилиоэпителиальные кисты яичников чаще всего развиваются из эмбриональных зачатков эпителия трубно-маточного типа или метаплазированного эпителия. Кисты этого характера могут иметь самую различную величину, которой по существу определяются клинические проявления заболевания. При небольших кистах, чаще односторонних, выделить характерную клиническую картину не представляется возможным. Наоборот, большие кисты, чаще двусторонние, характеризуются рядом специфических клинических признаков, связанных в основном с величиной опухоли. Такие больные отмечают быстрое увеличение живота, появление болевых ощущений в его нижних отделах и пояснице, а также нередко нарушение мочеиспускания. Как в том, так и в другом случае наличие кисты может сопровождаться нарушениями менструальной функции (менструации прекращаются либо приобретают характер меноррагии).

Серозные кисты в большинстве случаев имеют многокамерное строение; каждая камера заполнена прозрачным содержимым, причем внутренняя и наружная стенки капсулы опухоли, как правило, имеют гладкую поверхность. Капсула кисты образована соединительной тканью, а ее внутренняя поверхность может быть выстлана различного вида эпителием.

Из числа цилиоэпителиальных следует выделить особую форму, так называемых пролиферирующих сосочковых кист, клинические проявления которых, несмотря на отсутствие элементов атипии, весьма своеобразные. Отличительными особенностями этих кист являются часто их двустороннее развитие, а также характерное разрастание сосочковой ткани, состоящей из эпителиальных элементов, внутри и на поверхности капсулы. Пролиферирующие кисты чаще озло-

качествляются. Бурная пролиферация эпителиальной ткани нередко ведет к обсеменению брюшины и образованию выпота в брюшной полости. Дальнейшее развитие процесса сопровождается поражением сальника, а также формированием многочисленных сращений его и петель кишечника с париетальной и висцеральной брюшиной. Опухоли в малом тазу приобретают большие размеры, спаиваются с маткой, брюшиной сводов, мочевым пузырем и толстым кишечником.

Вместе с тем, несмотря на значительную распространенность опухолевого процесса, а также образование обширных сращений опухоли с соседними органами, общее состояние больных довольно длительное время может не страдать. Чаще всего клинические признаки заболевания, связанные с развитием процесса, бывают обусловлены нарушением функции соседних органов или интоксикацией.

Псевдомуцинозные кисты яичников встречаются реже, чем цилиоэпителиальные, однако, как и серозные, могут пролиферировать и подвергаться злокачественной трансформации. Псевдомуцинозные кисты обычно односторонние, имеют многокамерное строение. Содержимое кист представляет собой вязкую полупрозрачную массу или носит геморрагический характер. Кисты этого характера нередко достигают значительных размеров, не спаиваясь вместе с тем с окружающими органами и тканями. Некоторые из них могут иметь ножку, наличием которой определяются подвижность кисты и возможное ее перекручивание.

Для пролиферирующих форм характерно образование истинных сосочков аналогично тому, как это свойственно серозным пролиферирующим кистам. В этих случаях при прорастании (или разрыве) капсулы содержимое кист может попадать в брюшную полость. На брюшине приживляется эпителий и образуется псевдомуцин. Петли кишечника спаиваются, создавая общий опухолевый конгломерат. Это состояние называют псевдомиксомой яичников.

Практическое значение могут иметь кисты, формирующиеся в результате эмбриональных пороков развития, так называемые тератомы, которые, однако, встречаются значительно реже, чем серозные или псевдомуцинозные. Кисты этого характера обычно содержат зрелые ткани различных органов любых зародышевых листков. В большинстве случаев они встречаются у женщин до 40 лет. Тератомы могут быть кистозными и солидными. В первом случае это зрелые формы (дермоидные), которые чаще всего содержат эпидермис со всеми его элементами (сальные железы, волосяные фолликулы

и др.), реже — закладки костей или хряща, а также кишечный эпителий. Для солидных форм характерно присутствие незрелых тканевых структур. Опухоли этого характера получили название тератобластом, так как в большинстве случаев носят злокачественный характер.

Тератомы, как правило, обнаруживаются совершенно случайно при гинекологических осмотрах, или как проявление симптома острого живота при перекрутах ножки или нарушении кровоснабжения опухоли. В этих случаях у пациенток определяется одиночное плотное образование с гладкой поверхностью и четкими контурами. Киста, как правило, располагается спереди от матки и имеет достаточную подвижность. Кисты редко достигают больших размеров и не сопровождаются образованием асцита.

В отличие от доброкачественных форм тератобластома встречается у женщин более молодого возраста и протекает с явлениями диссеминации по брюшине и признаками метастазирования по лимфатическим путям.

Кисты яичников иного происхождения имеют меньшее практическое значение в связи с их относительной редкостью.

Клинические особенности злокачественных опухолей яичников. Краткое рассмотрение клинических вопросов, связанных с течением и развитием кист яичников, свидетельствует о том, что эти заболевания следует относить к числу особых, главной чертой которых является высокая степень возможной злокачественной трансформации. Это обстоятельство имеет важное принципиальное значение, так как наряду с необходимостью создания четкой системы для выявления ранних форм заболевания ставит не менее существенную задачу по разработке обоснованных принципов лечения больных и решению тактических вопросов.

Лечебная тактика прежде всего должна учитывать гистопатологические особенности опухолей, их способность к росту, частоту злокачественной трансформации, чувствительность опухолевой ткани к тому или иному терапевтическому агенту, а также характерное клиническое развитие заболевания, свойственное различным формам его. Многообразие проявлений опухолей яичников потребовало определенной систематизации, в рамках которой оказалось бы возможным учитывать все клинические и морфологические особенности процесса, обусловленные гистологическим типом опухоли, ее структурой и возможным развитием в дальнейшем.

В этой связи предлагались и предлагаются различные классификации, целью которых является та или иная оценка заболевания. Вместе с тем одни из них описывают лишь морфологические признаки, другие — только клинические или одновременно те и другие, но бесспорно одно: каждая из предложенных классификаций предлагает рассмотрение заболевания с точки зрения обоснованного выбора лечебных мероприятий. С другой стороны, классификационное разграничение различных форм опухолей яичников (разумеется, при условии всеобщего признания), кроме всего прочего, позволяет оценивать используемые лечебные мероприятия в разных учреждениях (странах) в сопоставимых клинических условиях.

Из числа существующих классификаций опухолей яичников наиболее полной является гистопатологическая классификация, которая учитывает все многообразие этих опухолей, их происхождение и возможность озлокачествления. Ниже приводится часть классификации, описывающей первичные опухоли яичников [1].

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

I. «Эпителиальные» опухоли

А. Серозные опухоли

1. Доброкачественные:
   а) цистаденома и папиллярная цистаденома
   б) поверхностная папиллома
   в) аденофиброма и цистаденофиброма
2. Пограничные [потенциально низкой степени злокачественности]:
   а) цистаденома и папиллярная цистаденома
   б) поверхностная папиллома
   в) аденофиброма и цистаденофиброма
3. Злокачественные:
   а) аденокарцинома; папиллярная аденокарцинома и папиллярная цистаденокарцинома
   б) поверхностная папиллярная карцинома
   в) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма

Б. Муцинозные опухоли
1. Доброкачественные:
   а) цистаденома
   б) аденофиброма и цистаденофиброма
2. Пограничные [потенциально низкой степени злокачественности]:
   а) цистаденома
   б) аденофиброма и цистаденофиброма
3. Злокачественные:
   а) аденокарцинома и цистаденокарцинома
   б) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма

В. Эндометриоидные опухоли
1. Доброкачественные:
   а) аденома и цистаденома

[1] Метастатические опухоли яичников не рассматриваются.

б) аденофиброма и цистаденофиброма
2. Пограничные [потенциально низкой степени злокачественности]:
а) аденома и цистаденома
б) аденофиброма и цистаденофиброма
3. Злокачественные:
а) карцинома, аденокарцинома, аденоакантома, злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма;
б) эндометриоидная стромальная саркома
в) мезодермальные (мюллеровы) смешанные опухоли
Г. Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли
1. Доброкачественные: аденофиброма
2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности)
3. Злокачественные: карцинома и аденокарцинома
Д. Опухоли Бреннера
1. Доброкачественные
2. Пограничные (пограничной злокачественности)
3. Злокачественные
Е. Смешанные эпителиальные опухоли
1. Доброкачественные
2. Пограничные (пограничной злокачественности)
3. Злокачественные
Ж. Недифференцированная карцинома
З. Неклассифицируемые эпителиальные опухоли

II. Опухоли стромы полового тяжа

А. Гранулезо-стромальноклеточные опухоли
1. Гранулезоклеточная опухоль
2. Группа теком – фибром:
а) текома
б) фиброма
в) неклассифицируемые
Б. Андробластомы: опухоли из клеток Сертоли и Лейдига
1. Высокодифференцированные:
а) тубулярная андробластома; опухоль из клеток Сертоли
б) тубулярная андробластома с накоплением липидов; опухоль из клеток Сертоли с накоплением липидов (липидная фолликулома Лесена)
в) опухоль из клеток Сертоли и Лейдига
г) опухоль из клеток Лейдига (опухоль из хилюсных клеток)
2. Промежуточной (переходной) дифференцировки
3. Низкодифференцированные (саркоматоидные)
4. С гетерологическими элементами
В. Гинандробластома
Г. Неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа

III. Липидноклеточные (липоидноклеточные) опухоли

IV. Герминогенные опухоли

А. Дисгерминома
Б. Опухоль эндодермального синуса
В. Эмбриональная карцинома
Г. Полиэмбриома
Д. Хорионэпителиома

Е. Тератомы
1. Незрелые
2. Зрелые:
   а) солидные
   б) кистозные (дермоидная киста, дермоидная киста с малигнизацией)
3. Монодермальные (высокоспециализированные):
   а) струма яичника
   б) карциноид
   в) струма яичника и карциноид
   г) другие
Ж. Смешанные герминогенные опухоли

V. Гонадобластома

А. Чистая (без примеси других форм)
Б. Смешанная с дисгерминомой и другими формами герминогенных опухолей

VI. Опухоли мягких тканей, неспецифичные для яичников

VII. Неклассифицированные опухоли

VIII. Вторичные (метастатические) опухоли

Приведенная классификация свидетельствует о большом многообразии опухолей яичников. Однако не все формы встречаются одинаково часто. Поэтому ниже рассмотрены клинические особенности лишь некоторых, наиболее часто встречающихся в гинекологической практике.

«Эпителиальные» опухоли яичников. К числу наиболее частых форм злокачественных опухолей следует отнести рак яичников. Заболевание в большинстве случаев развивается на фоне предшествующих доброкачественных цистаденом. Злокачественной трансформации наиболее часто подвергаются пролиферирующие цилиоэпителиальные и несколько реже — псевдомуцинозные цистаденомы яичников. Опухоли, развившиеся из серозных пролиферирующих цистаденом, имеют многокамерное строение, причем их различной величины полости, помимо продуктов секреции, содержат солидные сосочковые разрастания, которые, как правило, имеют белый цвет, мягкую консистенцию и вначале располагаются на внутренней поверхности капсулы. Дальнейшее развитие процесса ведет к прорастанию капсулы и проникновению опухолевой ткани в брюшную полость. Развитие сосочковых разрастаний на наружной поверхности опухоли сопровождается обсеменением брюшинного покрова и образованием новых опухолевых очагов вначале в малом тазу, а затем и в других отделах брюшной полости. Происходит спаивание петель кишечника, прорастание соседних органов и метастатическое поражение сальника. Естественно, что обширное поражение брюшной полости

сопровождается значительным выпотом. В ряде случаев может развиваться односторонний или двусторонний гидроторакс.

Общее состояние больных вначале страдает относительно мало. Больных беспокоит общая слабость, причину которой не всегда связывают с изменениями в половой системе. С развитием заболевания появляются различные диспепсические расстройства: тошнота, в ряде случаев рвота, распирание в подложечной области. Запоры могут сменяться поносами. В дальнейшем к этим проявлениям присоединяются увеличение живота, чувство тяжести в брюшной полости, боли, иррадиирующие к заднему проходу, особенно выраженные при вертикальном положении больной. При метастатическом поражении мочевого пузыря или сдавлении его опухолью мочеиспускание становится учащенным и болезненным. Нарушение дефекации (задержка стула) наблюдается при вовлечении в процесс прямой кишки.

С увеличением в брюшной полости выпота и самой опухоли, особенно при массивных поражениях сальника, общее состояние больных резко ухудшается. Появляются постоянная одышка, непрекращающиеся боли в нижних отделах живота и пояснице, нередко в области желудка. Возникают признаки опухолевой интоксикации, падает питание больных, резко снижается диурез и нарушаются отправления кишечника.

Диагностика рака яичника при наличии указанных симптомов не представляет особых затруднений. В начальных периодах развития заболевания характерная клиническая картина может отсутствовать. Следует помнить, что развившиеся цистаденокарциномы чаще характеризуются двусторонним поражением. При этом обнаруживаемые опухоли имеют неправильную форму, неоднородную консистенцию и бугристую поверхность. Очень часто ограничена подвижность опухолей. Характерным для злокачественных опухолей является их расположение позади матки и спаивание с ее задней поверхностью и задними листками широкой связки. В этих случаях, при внутреннем исследовании больных, обращает на себя внимание выпячивание (выбухание) заднего свода влагалища вследствие низкого расположения одного из полюсов опухоли.

Помимо сальника, цистаденокарциномы часто метастазируют в парааортальные и надключичные (чаще левые) лимфатические узлы, а также в печень и плевру.

Установление диагноза рака в ранних стадиях заболева-

ния — весьма сложная задача. Для своевременной диагностики должны использоваться дополнительные методы исследования, чаще их совокупность (флебография, газовая томопельвиография, перитонеоскопия и др.), а также диагностическая лапаротомия. В последнем случае при подтверждении диагноза рака или обнаружении кисты яичника операция должна быть продолжена до необходимого объема. В случае отсутствия опухоли брюшную полость закрывают.

Опухоли (мезенхимные) полового тяжа. Из числа других злокачественных опухолей яичников следует рассмотреть специфическую группу так называемых гормонально-активных, развивающихся из элементов полового тяжа. В эту группу опухолей входят гранулезоклеточные (фолликуломы), текаклеточные (текомы), гранулезо-текаклеточные опухоли яичников и арренобластомы (андробластомы). Первые три относятся к числу феминизирующих, арренобластомы — к маскулинизирующим. Гормонпродуцирующие опухоли встречаются относительно редко, причем гранулезоклеточные и текомы чаще наблюдаются у женщин в менопаузе, в то время как арренобластомы — в любом возрасте.

Опухоли получили название по типу ткани, из которой они развиваются. Феминизирующие опухоли развиваются из клеток гранулезы или специализированной корковой стромы (теки) яичников. В некоторых опухолях могут быть представлены те и другие клетки (гранулезо-текаклеточные опухоли). Андробластомы развиваются из клеток типа Сертоли или Лейдига. Развитие опухоли из различной гормонпродуцирующей ткани определяет клиническую картину заболевания, проявления которой зависят от возраста больных. Так, например, при развитии гранулезоклеточной опухоли у девочек наступает преждевременное половое созревание. В детородном возрасте у женщин при наличии такой опухоли отмечаются нарушения менструаций. В менопаузе возобновляются циклические кровотечения, по своему характеру напоминающие менструации. Одновременно увеличиваются молочные железы, а при исследовании эндометрия обнаруживают выраженную гиперплазию и в ряде случаев образование полипов. Эстрогенное влияние теком выражено значительно сильнее. Поэтому наряду с гиперплазией эндометрия у больных наблюдается гипертрофия миометрия и нередко развиваются фибромиомы матки.

Гормонпродуцирующие опухоли чаще односторонние, имеют плотную консистенцию и редко достигают больших

размеров. Характер заболевания обычно уточняется в результате появления у больных специфической клинической картины, обусловленной феминизирующим влиянием опухоли. В отличие от эстрогенпродуцирующих опухолей андробластомы, наоборот, оказывают омужествляющее влияние: у больных грубеет голос, появляется рост волос по мужскому типу, меняются черты лица и весь внешний облик женщины. В ряде случаев прекращаются менструации, уплощаются и атрофируются молочные железы. Опухоли яичника этого типа односторонние, имеют плотную консистенцию, достаточно подвижны, чаще встречаются у молодых женщин.

Опухоли другого гистологического типа в клинической практике встречаются значительно реже, причем характер их в большинстве случаев устанавливается в результате гистологического исследования удаленного препарата.

Особенности клинического течения заболевания и его распространенность определяются стадией опухолевого процесса. Ниже приводятся соответствующие классификации злокачественных опухолей яичников по стадиям заболевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СТАДИЯМ

I *стадия* — опухоль ограничена пределами одного яичника при отсутствии метастазов

II стадия — опухоль распространяется на матку, второй яичник или трубы

III стадия — опухоль распространяется на тазовую брюшину или имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы, сальник

IV стадия — опухоль прорастает соседние органы (мочевой пузырь, прямую кишку, петли тонкого кишечника), имеется диссеминация брюшины за пределами малого таза или метастазы в отдаленные органы и лимфатические узлы; асцит.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СИСТЕМЕ TNM

T — первичная опухоль
T1 — опухоль ограничена одним яичником
T2 — опухоль поражает оба яичника
T3 — опухоль распространяется на матку или трубы
T4 — опухоль распространяется на соседние органы (при определении категории T наличию асцита значение не придается).
N — регионарные лимфатические узлы
N0 — поражение парааортальных лимфатических узлов отсутствует
N1 — прощупываются парааортальные узлы
M — отдаленные метастазы
M0 — метастазы отсутствуют
M1 — имеются имплантационные или другие метастазы (M1a — только в малом тазу, M1b — только в пределах брюшной полости, M1c — за пределами брюшной полости).

Комбинированные и комплексные методы лечения больных со злокачественными опухолями яичников. Хирургическое лечение злокачественных опухолей яичников используется в основном в совокупности с другими видами терапии. В большинстве случаев в комплекс лечебных мероприятий, помимо хирургического этапа, включаются либо химиотерапия, либо лучевое лечение. В последнее время несколько шире стала применяться и гормонотерапия.

Комбинированное лечение, помимо хирургического, предусматривает использование лучевого этапа, предпринимаемого после оперативного удаления опухолевых очагов или в качестве предоперационного облучения. Следует заметить, что с развитием методов лекарственной терапии лучевая терапия потеряла свое ведущее значение в комплексе лечебных мероприятий и используется лишь по определенным показаниям.

Комплексное лечение, помимо хирургического этапа, включает химиотерапию (в ряде случаев в сочетании с гормонотерапией), причем лекарственное лечение больных может предшествовать хирургическому или следовать после него.

Сочетание различных видов лечебных мероприятий и очередность их использования зависят от характера опухолевого заболевания, его распространенности, чувствительности опухоли к тем или иным терапевтическим агентам, а также общего состояния больных к началу лечения.

Ниже рассматриваются некоторые примерные тактические схемы лечения больных в зависимости от перечисленных выше факторов. Необходимо отметить, что было бы неправильно обсуждать какие-то определенные рекомендации, пригодные для всех случаев заболевания, так как в практике нередко приходится учитывать факторы, которые не всегда прогнозируются. В одних случаях общий план лечения больной может (или должен) быть изменен еще в процессе лечения, например вследствие глубокого угнетения кроветворения в результате использования химиотерапии, либо лечение должно быть прекращено в связи с его несомненной неэффективностью. Может возникнуть необходимость перевода больной на лечение другим по механизму действия препаратам. Иногда приходится отказываться от хирургического этапа лечения больных из-за отсутствия эффекта в результате предшествовавшего этапа химиотерапии и перейти к паллиативным видам лечения или полностью к длительному многокурсовому использованию противоопухолевых препаратов.

Из методических соображений целесообразно рассмотреть каждый вид лечения в отдельности, оговорить показания и противопоказания к использованию каждого из них и только после этого обсудить некоторые тактические схемы комбинированного и комплексного лечения больных.

Этап хирургического лечения. Как самостоятельный метод оперативное лечение больных целесообразно использовать только по поводу злокачественных опухолей яичников, нечувствительных к противоопухолевым препаратам или лучевому воздействию. В этих случаях использование химиотерапии или облучения области таза после удаления опухоли теряет смысл, хотя создание облитерации сосудов и склерозирования тканей в области бывшего расположения опухоли с помощью облучения может иметь определенное значение в целях предупреждения возможного развития оставшихся опухолевых очагов.

Хирургический этап лечения должен предусматривать радикальный объем вмешательства, как бы ни был ограничен опухолевый процесс. В этих случаях принято производить надвлагалищную ампутацию матки с придатками и резекцией большого сальника (даже если отсутствуют признаки его метастатического поражения). Необходимость экстирпации матки возникает относительно редко; обычно она производится у больных с изменениями на влагалищной части шейки матки, требующими самостоятельного хирургического лечения. Между тем некоторые специалисты рекомендуют всегда производить экстирпацию матки, полагая, что оставление культи шейки матки может вести к возникновению местных рецидивов заболевания.

Следует думать, что такое расширение объема хирургического лечения не вызывается настоятельной необходимостью хотя бы по тем соображениям, что большинство цистаденокарцином (наиболее частых форм злокачественных опухолей яичников) достаточно чувствительно к противоопухолевым препаратам. С другой стороны, именно эти опухоли обладают свойством широкой диссеминации по брюшине. Поэтому даже при самом максимальном объеме хирургического вмешательства в брюшной полости нередко остаются неудалимые опухолевые очаги, требующие дальнейшего лечения. Таким образом, при реализации хирургического этапа лечения перечисленные обстоятельства должны предопределять обоснованность выбора разумного объема оперативного вмешательства.

Начинать лечение больных с хирургического этапа целесообразно при ограниченных опухолях яичников, когда заведомо ясно, что радикальный объем вмешательства окажется полностью выполнимым (I стадия; некоторые формы II стадии; T1(T2)N0M0;T2N0M1a). Во всех остальных случаях (III стадия, большинство форм IV стадии T3N1(N0)M1(M0); T4N2(N0)M1(M0) лечение больных предпочтительнее начинать с химиотерапии и реже с облучения области малого таза. У большинства больных с распространенными фор-

мами цистаденокарциномах при помощи активной химиотерапии удается получить необходимый лечебный (объективный) эффект, а в ряде случаев перевести больных из группы неоперабельных в число подлежащих хирургическому этапу лечения.

Технически надвлагалищная ампутация матки с придатками, предпринимаемая по поводу злокачественных опухолей яичников (или пролиферирующих папиллярных и муцинозных цистаденом), состоит из обычных для этой операции этапов и выполняется с использованием хирургических приемов, которые рассмотрены в предыдущих разделах настоящего руководства. Вместе с тем имеются и некоторые отличия, главным образом при выполнении начальных этапов операции, связанных с выделением и мобилизацией придатков матки, а также с тактическими приемами, предпринимаемыми в отношении имплантационных метастазов на брюшине или органах малого таза.

Высвобождение придатков матки нередко связано с определенными техническими трудностями, обусловленными интимным сращением (спаивание) опухолей с брюшиной и органами малого таза (чаще в задних отделах). Поэтому не всегда удается осуществить достаточно полное выделение опухоли, особенно при сращениях ее с кишечником или мочевым пузырем, без риска ранения этих органов. Нужно иметь в виду также, что в местах сращений довольно быстро развивается общая сосудистая сеть, повреждение которой ведет к значительному кровотечению в связи со сложностью его остановки. В ряде случаев при возникших затруднениях в выделении придатков одной стороны в качестве тактического приема может быть использован подход к опухоли после отделения подвижных или ограниченно спаянных придатков матки другой стороны и уже выполненной ампутации матки (по Келли). Отделенный таким образом препарат остается связанным только с опухолью другой стороны, высвобождение которой из сращений после выполнения этого приема технически облегчается.

Трудности в выполнении хирургического вмешательства могут быть связаны также с недооценкой операционной ситуации, когда делают попытки удалить опухоль заведомо неудалимую. Поэтому следует обратить внимание на то, что окончательное решение в отношении необходимости выполнения всего объема операции должно быть принято только после всесторонней оценки ситуации, когда у оперирующего будет обоснованная уверенность в возможности

технической реализации намеченного объема хирургического вмешательства. Эта рекомендация имеет принципиальное значение, так как в подобных ситуациях нет необходимости добиваться обязательного выполнения хирургического этапа лечения именно в этот момент, поскольку оперативное лечение может быть предпринято повторно после проведения лекарственного этапа. В этих случаях брюшная полость должна быть закрыта и лапаротомия отнесена к числу диагностических. Следует ограничиться лишь взятием материала опухоли для гистологического исследования. Может оказаться, что в подобной ситуации выполнимо лишь частичное удаление опухоли (с одной или обеих сторон), нередко вместе с сальником. Практика показывает, что такой нерадикальный объем хирургического вмешательства, особенно удаление метастатически измененного сальника, вполне оправдан у больных с распространенными формами заболевания, отягощенных возрастной патологией или серьезными сопутствующими нарушениями, т. е. когда возможность повторного хирургического вмешательства (после курса химиотерапии) весьма сомнительна.

Технические затруднения могут встретиться при необходимости удаления отдельных имплантационных очагов опухоли, расположенных как в малом тазу, так и в свободной брюшной полости. Особую сложность может представлять удаление опухолевых очагов, локализующихся в передних и задних отделах малого таза. В первом случае опухоль может быть не только интимно связана с брюшиной, покрывающей мочевой пузырь, но и прорастать его мышечную стенку. Во втором — аналогичные взаимоотношения могут быть с прямой кишкой, сигмовидным или илеоцекальным отделом кишечника. Если окажется возможным, опухолевые очаги должны быть удалены, а десерозированные участки тщательно заперитонизированы. В противном случае следует ограничиться удалением основных масс опухоли и оставить часть опухолевой ткани на мочевом пузыре или кишечнике в надежде на возможную их регрессию в результате последующей лекарственной терапии.

Нередко технические трудности возникают в связи с необходимостью удаления сальника, имеющего обширное метастатическое поражение и сращения с петлями тонкого кишечника. В этой ситуации, как и при других технических затруднениях, нет необходимости стремиться к полному удалению сальника. Следует по возможности ограничиться разумным, технически выполнимым объемом, а оставшиеся

опухолевые очаги подвергнуть в дальнейшем (второй этап) лекарственной терапии. В некоторых случаях целесообразно в метастатические очаги ввести раствор ТиоТЭФ, циклофосфана или другого противоопухолевого препарата.

Последующая лекарственная терапия должна планироваться с учетом общей дозы введенного в брюшную полость препарата[1].

В послеоперационном периоде необходимо тщательно следить за показателями крови, главным образом за количеством лейкоцитов и тромбоцитов. Дальнейшее продолжение курса химиотерапии возможно лишь при полном благополучии со стороны кроветворной системы.

В ряде случаев после завершения всего объема хирургического вмешательства в брюшной полости могут оставаться неудалимые изолированные опухолевые очаги, которые целесообразно пометить по периферии танталовыми скобками (клипсы). В дальнейшем, после рентгенографической верификации, очаги могут быть подвергнуты дистанционному облучению с помощью различных дистанционных источников.

Ниже рассматриваются особенности удаления сальника, т. е. завершающего этапа обычного хирургического объема вмешательства при злокачественных опухолях яичников, который выполняется после надвлагалищной ампутации матки с придатками.

Резекция сальника. По завершении основного объема операции сальник низводят к верхнему отделу брюшной раны (в этих случаях предпочтительнее использовать нижний срединный разрез брюшной стенки). При необходимости разрез брюшной стенки может быть продолжен кверху в обход пупка слева. Сальник вместе с нижними отделами поперечной ободочной кишки выводят наружу. Ассистент удерживает растянутый сальник с тем, чтобы создать условия для его полного и более совершенного обзора. Начиная с левого края, на границе сальника с поперечной ободочной кишкой, накладывают прямой зажим (типа Кохера). Часть сальника под зажимом отсекают. От конца первого зажима параллельно ходу поперечной ободочной кишки накладывают второй и рассекают следующий участок сальника; затем накладывают третий зажим и так далее, до конца правого края сальника. После отсечения сальника на

---

[1] Общая доза ТиоТЭФ не должна превышать 40—60 мг, а циклофосфана (эндоксана) — 800—1000 мг.

его культе остаются зажимы, каждый из которых заменяют (обшивают) кетгутовыми лигатурами.

Наложение зажимов, рассечение ткани сальника и перевязку сосудов следует выполнять особенно тщательно, так как в верхних отделах сальника проходит большое число крупных сосудов. Некоторые хорошо видимые крупные сосуды целесообразно перевязать отдельно. При выполнении резекции сальника следует обращать внимание на его заднюю поверхность, так как сзади край ободочной кишки может располагаться ниже, чем на передней. Поэтому при наложении зажимов, если не учитываются взаимоотношения сальника с кишкой, может произойти ее ранение. Культя сальника не перитонизируется.

Этап лучевого лечения. В связи с современным развитием методов лекарственной терапии этот этап лечения больных со злокачественными опухолями яичников в значительной степени утратил свое значение и используется в комплексе лечебных мероприятий гораздо реже, чем другие виды лечения. Лучевое лечение по своим задачам может быть подразделено на два варианта. Первый из них рассчитан на закрепление эффекта хирургического вмешательства и связан с применением дистанционного облучения области малого таза, как это делается в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу рака шейки или тела матки. В этих случаях использование облучения имеет целью создание неблагоприятных условий для развития оставшихся опухолевых очагов или случайно имплантированных во время операции элементов опухоли. В меньшей степени следует рассчитывать на непосредственное лучевое повреждение опухоли, так как в большинстве случаев злокачественные опухоли яичников обладают относительно низкой радиочувствительностью. Возникающие в результате облучения облитерация сосудов и склерозирование тканей в известной мере создают условия, препятствующие развитию и генерализации опухолевых элементов.

Для облучения области малого таза целесообразнее использовать источники высоких энергий (линейные ускорители, бетатроны, гамма-терапевтические аппараты типа ЛУЧ, Рокус); менее предпочтительны рентгенотерапевтические установки, работающие в киловольтном режиме. В этих случаях на уровне залегания культей необходимо создать дозу порядка 3,0—3,5 крад (3000—3500 рад). Обычно облучение ведут либо с 4 полей (двух подвздошных и двух крестцово-ягодичных), либо 2 больших противолежащих (одного подвздошного

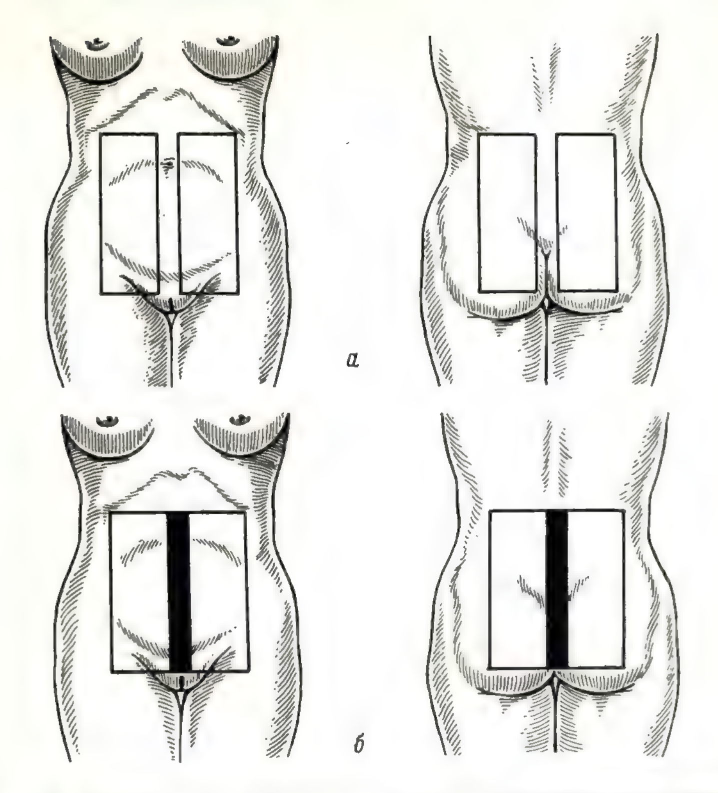


Рис. 118. Схематическое изображение расположения полей при облучении брюшной полости у больных раком яичников.

а — схема облучения с четырех полей; *б* — схема облучения с двух широких полей с использованием расщепляющего блока.

и одного ягодично-крестцового). Расположение полей на поверхности тела выбирают то же, что и при обычном послеоперационном облучении области таза (см. рис. 116, а, б, в,). Разовая (экспозиционная) доза на поле должна составлять 250—300 рад, в то время как мощность дозы в зависимости от типа источника излучения может быть различной (от 70 до 200 рад/мин). При использовании высокоэнергетических источников излучения общекурсовая (поглощенная в очаге) доза достигается за 16—20 сеансов при двухпольном и 36—40 сеансов при четырехпольном облучении.

Второй вариант облучения используется у больных, подвергшихся нерадикальным хирургическим вмешательствам, когда в брюшной полости остаются неудалимые опухолевые

очаги или диссеминация по брюшине. В этих случаях облучается вся брюшная полость большими по площади полями. Такое сегментарное облучение брюшной полости может быть осуществлено с 4 длинных продольных передних и задних полей или 2 широких передних и задних (рис. 118,а). При облучении широкими противолежащими полями (рис. 118,б) с целью защиты позвоночника используют расщепляющие блоки или формирующие фильтры, обеспечивающие снижение дозовой нагрузки на кроветворный аппарат. В этих случаях следует стремиться достичь суммарной общекурсовой дозы порядка 3,0 крад, однако облучение должно быть прекращено на любом этапе, если у больных возникают тяжелые общие нарушения, а также угнетение кроветворения. При использовании облучения с больших полей целесообразно общекурсовую дозу фракционировать на протяжении периода 7—8 нед, так как с помощью фракционированного облучения можно существенно уменьшить выраженность общей реакции.

В ряде случаев (при быстром накоплении асцита) может оказаться полезным использование для облучения брюшной полости коллоидных растворов радиоактивного золота (^{198}Au), которые вводят непосредственно в брюшную полость.

Этап лекарственного лечения. В связи с достигнутыми за последние годы успехами ведущее значение в комплексе лечебных мероприятий, предпринимаемых по поводу злокачественных опухолей яичников, приобрела химиотерапия. В качестве противоопухолевых препаратов чаще всего используются ТиоТЭФ (тиофосфамид), циклофосфан, эндоксан, бензотэф, этимидин, а также некоторые противоопухолевые антибиотики. Выбор препарата зависит от гистологического типа опухоли, ее чувствительности к лекарственному агенту и переносимости лечения больной. Например, для лечения пролиферирующих цистаденом и цистаденокарцином чаще используют ТиоТЭФ, циклофосфан (эндоксан), которые у большинства больных обеспечивают достаточно хороший (субъективный и объективный) эффект. При железистых формах рака яичников применяют 5-фторурацил, сарколизин, а при дисгерминомах — циклофосфан. Большинство перечисленных препаратов оказывает побочное действие, связанное с угнетением костномозгового кроветворения и развитием лейкопений и тромбоцитопений, максимум выраженности которых наступает к концу 2-й недели после окончания лечения. Это обстоятельство диктует настояте-

льную необходимость строгого контроля за показателями крови и прекращения лечения противоопухолевыми препаратами при падении числа лейкоцитов ниже 3000 и тромбоцитов ниже 100 000.

Химиотерапия в качестве этапа лекарственного лечения может назначаться в предоперационном и послеоперационном периодах, а также использоваться как самостоятельный метод путем многокурсового применения различных по механизму действия противоопухолевых препаратов. Пути введения их могут быть также весьма различны, что зависит от клинических особенностей заболевания и этапа, на котором начинается лечение (например, введение лекарственного вещества в брюшную полость во время операции или в плевральные полости в связи с наличием гидроторакса). Значительно чаще противоопухолевые препараты (ТиоТЭФ, циклофосфан, бензотэф, сарколизин, 5-фторурацил и др.) вводятся внутривенно, реже внутримышечно.

Общекурсовая и разовые дозы, ритм и продолжительность курса лечения зависят от особенностей клиники заболевания, а также от задачи, которую предусматривает лекарственный этап лечения. Существенное значение имеют также переносимость препарата больной и выраженность реакций, возникающих в процессе его использования. Улучшение в состоянии больных, а также со стороны местного опухолевого процесса в случае эффективности выбранного препарата должно наступать примерно к исходу 2/3 общекурсовой дозы. Разовая доза и ритм введения препарата чаще всего обусловлены его токсичностью.

Общекурсовая доза ТиоТЭФ (тиофосфамида) в среднем составляет от 200—240 до 300 мг. Препарат вводят внутривенно (при необходимости внутримышечно, внутрибрюшинно, внутриплеврально) через день по 10—20 мг. Он вызывает наиболее выраженные побочные явления и поэтому должен применяться под систематическим контролем показателей крови, а также с учетом общей реактивности больных.

Циклофосфан (эндоксан) назначают в общекурсовой дозе порядка 8000—10 000 мг внутривенно (внутримышечно) ежедневно по 200—400 мг. В связи с тем что циклофосфан по сравнению с тиофосфамидом относительно менее токсичен, в последнее время предпочитают использовать так называемую методику больших доз, которая в той же общекурсовой дозе предусматривает введение 1 г препарата каждый 5-й день. Хотя циклофосфан и менее токсичен, он также приводит к возникновению реакций со стороны кроветворной

системы, поэтому систематическая проверка показателей крови в процессе лечения является обязательной.

Сарколизин назначается внутривенно один раз в неделю по 30—50 мг до общей дозы на курс порядка 150—200 мг.

Гормонотерапия при злокачественных опухолях яичников в комплексе прочих лечебных мероприятий предусматривает использование андрогенных препаратов. Чаще всего применяют тестостерон-пропионат, который вводят внутримышечно через день по 1 мл 5% раствора. Курс лечения продолжается в среднем 2 мес. В дальнейшем переходят на меньшие дозы в течение 4—6 мес и более. В этот период удобнее использовать метилтестостерон (под язык) ежедневно по 20 мг с последующим снижением дозы до 10 мг.

В последние годы стали разрабатываться и применяться методы так называемой полихимиотерапии, при которых лечение больных проводится с помощью нескольких противоопухолевых препаратов, обладающих различным механизмом действия.

Химиотерапия, как один из этапов, входящих в комплекс лечебных мероприятий, с самого начала используется у больных с распространенными формами злокачественных опухолей яичников, часто с выпотами в полостях, а также в случаях, когда после лекарственного лечения предполагается выполнение хирургического этапа. К числу таких форм относят в основном распространенные цистаденокарциномы и реже опухоли яичников другого гистологического типа. Химиотерапии подлежат больные, у которых опухолевый процесс может быть отнесен к следующим классификационным формам: стадии III и некоторые формы стадии II; все стадии IV: T2N1(N0)M1(M0); T3N1(N0)M1(M0); T4N0M1(M1a, M1b,M1c).

В остальных случаях лечение больных целесообразнее начинать с хирургического этапа (стадии I; некоторые формы стадии II; T1N0M0; T2N0M0.

После завершения этапа лекарственного лечения дальнейшая тактика зависит от достигнутого эффекта. В случаях улучшения (исчезновение выпота в брюшной полости, уменьшение опухолевых конгломератов в малом тазу, появление подвижности и фрагментации опухолевых очагов) может быть предпринят хирургический этап лечения, объем которого будет зависеть от технической возможности выполнения той или иной операции (надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекцией сальника, надвлагалищная ампутация матки с придатками без сальника, частичное

удаление первичных опухолей без матки, резекция сальника). Очевидно, что хирургический этап должен включать максимально возможный объем вмешательства. В случаях недостаточного эффекта (прекращение накопления асцита при незначительном уменьшении опухолевых конгломератов, сохранение неподвижности опухолей) целесообразно переводить больных на систематическое многокурсовое лекарственное лечение с применением препаратов, обладающих различным механизмом действия.

Как в первом, так и во втором вариантах курсы химиотерапии повторяются через определенные промежутки времени, однако с учетом общей реактивности больных и состояния показателей крови. В течение первого года независимо от наличия или отсутствия текущего процесса или рецидива заболевания курс лечения повторяется через 2 мес, затем через 4 и 6 мес. В случае отсутствия опухолевых изменений на протяжении всего периода многокурсовой химиотерапии лечение больных следует рассматривать как профилактическое. Наоборот, химиотерапию, предпринимаемую по поводу текущих изменений, следует относить к лечебной. В ряде случаев, несмотря на наличие опухолевого процесса, с помощью лекарственной терапии удается достичь вполне удовлетворительного состояния больных.

Дальнейшее использование курсов химиотерапии зависит от общего состояния больных и последующего течения опухолевого процесса.

Следует отметить, что комплексное лечение злокачественных опухолей яичников, несмотря на достигнутые успехи, до сих пор остается весьма сложной задачей, требующей новых, более совершенных тактических подходов. Достаточно указать, что пятилетняя выживаемость этих больных до сих пор не превышает 25—30% и только в некоторых клиниках достигает 38% (И. Д. Нечаева).

ЧАСТЬ V

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МАЛОМ ТАЗУ

Глава 20

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Общая характеристика повреждений наружных половых органов. В настоящем разделе будут рассмотрены травмы наружных половых органов, не связанные с акушерской и гинекологической практикой. По характеру и вызвавшей их причине все повреждения можно разделить на ушибы, возникающие в результате падения на твердые предметы, разрывы при половом сношении, колотые и резаные раны бытового и производственного характера, а также огнестрельные ранения.

Независимо от характера повреждений для уточнения объема травмы необходимо провести тщательное обследование. Нередко первоначальный осмотр может не выявить всех особенностей повреждения, поэтому при некоторых травмах, помимо обычных методов исследования, целесообразно использовать специальные (ректоскопия, цистоскопия, рентгенография и др.).

В связи с тем что повреждения половых органов могут давать самые различные клинические проявления, лечебная тактика должна быть индивидуальной, учитывающей все особенности травмы. Ниже рассматриваются лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся травмах половых органов. Зная общие тактические приемы, хирург в каждом случае должен установить необходимый объем хирургического вмешательства на основании оценки характера травмы.

Травма наружных половых органов. Местная травма вульвы и влагалища, сопровождающаяся в результате ушиба образованием гематомы, не всегда требует экстренного хирургического лечения. Наиболее целесообразны в этих случаях постельный режим, местное применение холода, введение противостолбнячной сыворотки и тщательное наблюдение за гематомой и общим состоянием больной. Если гематома

не нарастает и состояние больной не внушает опасений, этими мероприятиями по существу может быть ограничена лечебная помощь, так как в дальнейшем гематома будет постепенно рассасываться. Иной тактики следует придерживаться при нарастании гематомы, что свидетельствует о продолжающемся кровотечении. В этих случаях одним из основных мероприятий является хирургическое вмешательство с целью остановки кровотечения.

Вскрытие гематомы должно проводиться с соблюдением всех правил хирургической асептики. Влагалище обрабатывают спиртом и настойкой йода, только после этого гематома может быть рассечена. Из полости гематомы удаляют кровяные сгустки и жидкую кровь, рану по возможности высушивают, чтобы определить местоположение кровоточащего сосуда. Обнаруженный сосуд (сосуды) клеммируют и лигируют. Если найти кровоточащий сосуд невозможно, целесообразно всю кровоточащую область тканей обшить 2—3 кетгутовыми швами. При обширных гематомах ее полость после остановки кровотечения следует ушить путем наложения погружных швов. Если имеется уверенность в надежности остановки кровотечения, а вскрытие гематомы производилось в асептических условиях, полость гематомы можно закрыть наглухо. В противном случае целесообразно рану оставить незашитой. По окончании операции производят окончательный туалет, рану смазывают настойкой йода и накладывают давящую повязку. При необходимости производят трансфузию крови.

Примечание. Если вмешательство проводится в области клитора, в которой располагаются кавернозные тела, следует стремиться проводить иглу с нитью у самой надкостницы, чтобы не нанести им дополнительного ранения.

Повреждения влагалища. Чаще всего такая травма происходит при половом акте или падении на колющие предметы. Подобные повреждения представляются в виде рваных или колото-рваных ран. Они могут ограничиваться стенкой влагалища и сводов или распространяться на клетчатку таза. В ряде случаев раны могут проникать в соседние органы (мочевой пузырь, прямая кишка) или брюшную полость. Возможность у больных проникающих ранений лишний раз подтверждает необходимость тщательного обследования при повреждениях влагалища, прежде чем окажется возможным приступить к оказанию помощи.

Разрывы влагалища, возникшие в результате полового акта (непроникающие), чаще локализуются в левом своде,

нередко бывают достаточно обширными и сопровождаются значительным кровотечением. Оказание хирургической помощи в этих случаях сводится к остановке кровотечения, ушиванию раны, при необходимости — к возмещению кровопотери, а также предупреждению воспалительных осложнений. Не следует забывать также о важности введения противостолбнячной сыворотки. В большинстве случаев остановка кровотечения достигается сравнительно легко, если удается тщательно ушить рану обвивным швом. Значительно реже приходится отыскивать кровоточащий сосуд отдельно. Для ушивания раны достаточно широко раскрывают влагалище зеркалами, удаляют кровяные сгустки и жидкую кровь. Рану промывают 3% перекисью водорода, обрабатывают спиртом и настойкой йода, а затем ушивают непрерывным кетгутовым швом. Начинать ушивание проще с ближнего угла раны, чтобы затем путем подтягивания за лигатуру оказалось бы возможным приблизить труднодоступный край. После ушивания раны влагалище целесообразно рыхло затампонировать марлевым бинтом. Применять отдельные комки ваты или небольшие марлевые тупферы в этих случаях не следует, так как они легко могут быть оставлены во влагалище и являться источником воспалительных осложнений. Если тампон в течение первых 2—3 ч не пропитался кровью, его оставляют на 12—24 ч. В дальнейшем в течение 3—4 сут больной назначают постельный режим. Ежедневно проводят осторожную обработку влагалища перекисью водорода.

Иногда введенный тампон вскоре обильно промокает кровью. Чаще всего это бывает, если кровоточащий сосуд не лигирован. В этой ситуации тампон следует удалить, швы распустить и вновь приступить с отысканию кровоточащего сосуда или добиться остановки кровотечения другим способом. Для отыскания сосуда можно применить сжатие брюшной части аорты путем давления со стороны брюшной стенки, что позволяет тщательнее очистить рану и уточнить расположение кровоточащего сосуда после легкого расслабления аорты. Если разрыв свода влагалища с интенсивным кровотечением произошел в условиях, в которых не может быть оказана окончательная помощь, то как временное мероприятие, допустимое до поступления в лечебное учреждение, применяется тугая тампонада сводов и влагалища.

При колотых и резаных ранах, проникающих в соседние органы или брюшную полость, как правило, требуется

обширное хирургическое вмешательство. Если ранения мочевого пузыря или прямой кишки свежие и имеются условия к ушиванию ран со стороны влагалища, восстановление целости поврежденных органов производится по правилам, описанным в соответствующих разделах. Наоборот, если ранение органов произошло давно и за это время наступило инфицирование ран, их ушивание может быть предпринято только после окончательного формирования свищей, примерно через 4—6 мес после ранения. Попытки зашить раны до купирования воспалительного процесса, как правило, обречены на неудачу.

При установлении проникающего ранения в брюшную полость или подозрении на такую возможность производится чревосечение, поскольку только с помощью ревизии брюшной полости можно установить истинный характер травмы и необходимый объем хирургической помощи.

Глава 21

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГРАНИЧЕННОГО И РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА, А ТАКЖЕ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ТАЗОВОЙ КЛЕТЧАТКИ

Клинические особенности воспалительных заболеваний в малом тазу и хирургические приемы их лечения. Необходимость в хирургическом лечении при воспалительных заболеваниях половых органов в остром периоде возникает сравнительно редко. Это объясняется тем, что в большинстве случаев воспалительные заболевания удается купировать консервативными мероприятиями. Только при значительном снижении защитных сил организма или в результате особой вирулентности инфекции возможна генерализация воспалительного процесса. В этих случаях ограниченный перитонит может приобрести разлитой характер. В других случаях, например при воспалении клетчатки малого таза, происходит гнойное расплавление тканей и распространение процесса за пределы малого таза.

Механизм возникновения пельвиоперитонита (воспаление брюшины малого таза) чаще всего связан с обострением и расширением воспалительного процесса придатков матки. Пельвиоперитонит относительно редко распространяется за пределы малого таза; по-видимому, этому способствуют особенности защитных механизмов, обеспечивающие реак-

тивное отграничение брюшной полости от полости малого таза сальником и петлями кишечника.

В гинекологической практике приходится иметь дело с разлитым перитонитом чаще в тех случаях, когда во время операции чревосечения происходит ранение кишечника, мочевого пузыря или мочеточников, в результате которого инфицируется брюшная полость. Эти осложнения приводят к развитию перитонита, если повреждения останутся незамеченными и не будут своевременно устранены.

Лечение перитонита может быть только хирургическим, причем чем раньше будет произведена операция, тем лучшего следует ожидать эффекта. Хотя в настоящее время имеются различные антибиотики, а также возможность стимулирования защитных сил организма, прогноз при разлитом перитоните остается серьезным.

Вопрос о характере операции при перитоните должен решаться индивидуально в зависимости от состояния воспалительного процесса. Вместе с тем могут оказаться полезными некоторые тактические рекомендации. Первая из них относится к разлитому перитониту, возникшему после операций на матке, в частности после кесарева сечения. Если состояние швов на органе и их вид свидетельствуют о том, что инфекция распространяется из матки, ее необходимо удалить. Следует указать, что «акушерский» перитонит протекает особенно грозно и нередко приводит к летальным исходам. Вторая рекомендация — о необходимости установить чувствительность флоры к различным антибиотикам, так как у ряда больных может наступить адаптация патогенных микроорганизмов к наиболее часто употребляемым антибиотикам.

В практике часто приходится решать вопрос о технике дренирования брюшной полости после выполнения основной операции. В этих случаях можно ограничиться трубчатым дренажем для введения антибиотиков с ушиванием брюшной полости наглухо или обеспечить дополнительное дренирование через фистулу во влагалище (кольпотомии). Решение этого вопроса зависит от конкретных особенностей заболевания и должно приниматься непосредственно на операционном столе с учетом общей клинической ситуации. При необходимости дренирования с помощью влагалищной фистулы перед зашиванием брюшной стенки должна быть произведена кольпотомия со стороны брюшной полости.

Одной из форм пельвиоперитонита является экссудативно-выпотной, при котором воспалительный очаг, располагаю-

щийся в полости малого таза, может напоминать параметральный инфильтрат. Дифференцировать эти две формы не всегда просто, так как оба отдела таза тесно прилегают друг к другу и воспалительное заболевание в одном из них сопровождается обязательной реакцией в другом. Если инфильтрат при экссудативном пельвиоперитоните достигает значительных размеров и, опускаясь книзу, достигает влагалищных сводов, отдифференцировать его от параметрита особенно трудно. В этих случаях можно рекомендовать хирургическое вмешательство со стороны влагалища. С помощью такого приема в большинстве случаев удается достаточно полно опорожнить гнойную полость и обеспечить надежное дренирование ее со стороны свода.

Таким образом, при пельвиоперитонитах в случае необходимости оперативного лечения могут быть использованы два пути: один — с доступом к очагу через брюшную стенку при высоком расположении инфильтрата, второй — со стороны влагалища при низкой локализации гнойной полости.

Хирургическое лечение гнойных параметритов может осуществляться также с помощью обоих оперативных доступов, необходимость использования которых обусловливается характером заболевания и локализации гнойного очага.

Доступ к гнойному очагу со стороны брюшной стенки (экстраперитонеальный подход) для вскрытия гнойника применяют только в тех случаях, когда очаг продвигается в направлении передней брюшной стенки.

Ниже несколько подробнее рассматриваются некоторые клинические особенности параметритов. Известно, что тазовая клетчатка представляет собой богатую жировыми включениями рыхлую ткань с залегающей в ней обширной лимфатической сетью. Ткань клетчатки параметрия представляет собой как бы «выстилку» свободных пространств между органами малого таза и отделяет их от костей таза. Отдельные клетчаточные пространства при этом имеют анатомическую связь друг с другом и другими отделами таза. Непосредственная связь клетчатки с шейкой и телом матки нередко способствует проникновению инфекции со стороны этих органов.

Клетчатка малого таза непосредственно продолжается в клетчаточные пространства других отделов тела, что способствует распространению воспалительного процесса за пределы малого таза, например в область паранефрия, брюшной стенки, область пупартовой связки, параректальное пространство, область ягодиц и др. (рис. 119, *а, б, в, г.*).

Особенности распространения воспалительного экссудата при параметритах в известной мере могут служить определенным отличием от экссудативного пельвиоперитонита. Характерно, что при параметритах экссудат не имеет четкой отграниченной формы и как бы вплетается в надкостницу тазовых костей. Наоборот, инфильтрат при пельвиоперитонитах характеризуется более определенной формой и, хотя также

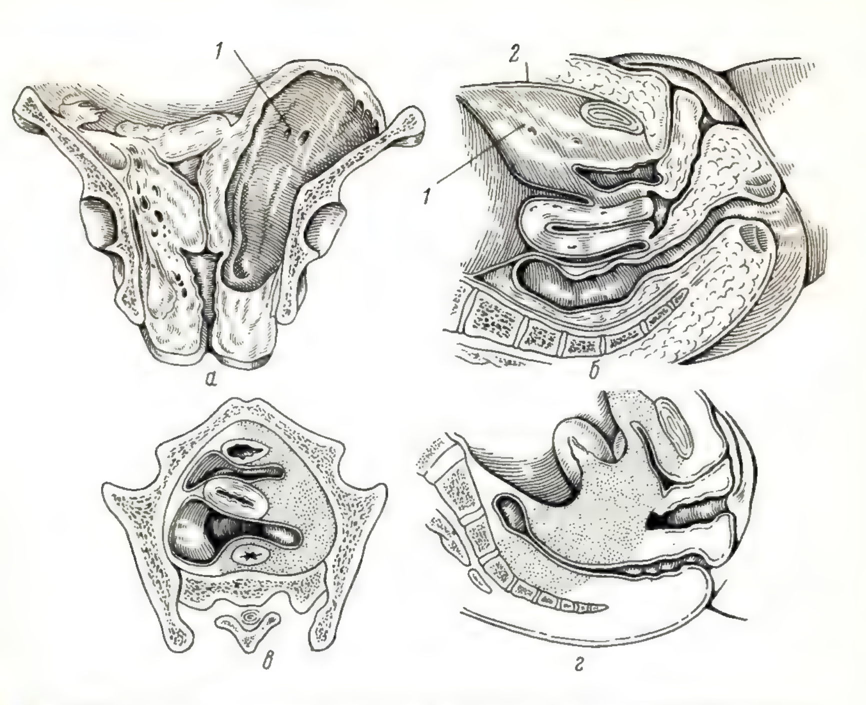


Рис. 119. Схематическое изображение различных видов распространения гнойного воспалительного процесса по клетчаточным отделам малого таза.

а — параметрит, распространяющийся по боковой стенке таза: *1* — гнойная полость; *б* — передний параметрит: *1* — гнойная полость, *2* — выход очага на переднюю брюшную стенку; *в* — схема распространения экссудата в малом тазу при параметрите (поперечный срез таза); *г* — то же (сагиттальный срез таза).

может достигать тазовых костей, остается от них отграниченным, так как располагается в пределах брюшины (рис. 120).

Хирургическое лечение гнойных параметритов и в большинстве случаев пельвиоперитонитов сводится к вскрытию гнойных полостей с использованием различных доступов. Чаще всего удается применить заднюю кольпотомию, реже — переднюю и боковую. В случае распространения гнойного экссудата при параметритах в область передней брюшной стенки опорожнение гнойного очага может быть осуществлено со стороны передней стенки в области пупартовой связки без вскрытия брюшной полости. Если происходит гнойное расплавление перегородок между отдельными воспалительными очагами и процесс распространяется в сторону какого-либо полого органа (мочевой пузырь, кишка, влага-

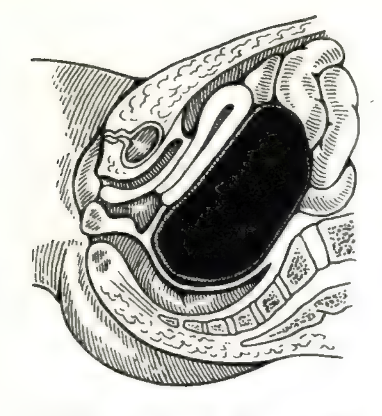


Рис. 120. Схематическое изображение воспалительного очага при пельвиоперитоните.

лище), может произойти прорыв гноя в эти органы. В результате такого прорыва нередко наступает самоизлечение.

Хирургическое лечение параметритов показано не только для эвакуации гноя, но и с целью профилактики разлитого перитонита.

Хотя показания к хирургическому лечению пельвиоперитонитов и гнойных параметритов примерно одни и те же, эти два заболевания следует различать. Дифференциальная диагностика между ними достаточно сложна, однако, пользуясь определенными признаками, можно разграничить клиническую картину параметритов и пельвиоперитонитов. В ряде случаев клиническая картина настолько сложна, что разграничить признаки, свойственные тому или другому заболеванию, не представляется возможным. Это обусловлено тем, что брюшинный листок находится в тесном анатомическом соседстве с клетчаткой таза. Поэтому и при параметритах могут быть симптомы раздражения брюшины. В связи с этим в вопросах целесообразности хирургического вмешательства чаще приходится руководствоваться не столько предполагаемым диагнозом (пельвиоперитонит или параметрит), сколько клинической картиной заболевания.

Не менее важен вопрос об оперативном доступе. В решении его следует руководствоваться направлением движения инфильтрата. Если инфильтрат распространяется в направлении влагалища, у больных обычно выражены реактивные симптомы со стороны мочевого пузыря или прямой кишки. Естественно, что доступ с помощью кольпотомии необходимо использовать прежде всего. Если окажется, что инфильтрат со стороны влагалища недоступен, целесообразнее

подойти к нему со стороны брюшной стенки, области паранефрия или ягодиц. Вполне понятно, что оперативные доступы должны соответствовать особенностям распространения инфильтратов.

Технические особенности операций при влагалищном доступе. Чаще всего в этих случаях используют заднюю кольпотомию. Техника з а д н е й к о л ь п о т о м и и несложная и выполняется в такой последовательности: производят исследование больной, уточняют локализацию инфильтрата в малом тазу, определяют его консистенцию. На операционном столе в положении больной, как при обычных влагалищных операциях, зеркалами широко раскрывают влагалище. Пулевыми щипцами захватывают заднюю губу шейки матки и отводят к лону. В результате этого приема обнажается и становится доступным задний свод влагалища, который обрабатывают спиртом и настойкой йода.

Затем через задний свод производят диагностическую пункцию. Для этой цели длинным зажимом Кохера захватывают слизистую оболочку свода, лучше по средней линии примерно на 1—1,5 см ниже шейки, и слегка подтягивают кпереди. Фиксация свода обеспечивает правильное проведение иглы при пункции или скальпеля при вскрытии гнойника (рис. 121,а). В направлении расположения инфильтрата производят пункцию свода иглой, которая должна быть достаточной длины и с широким просветом (рис. 121,*б*). В шприц насасывают содержимое с тем, чтобы убедиться в наличии гноя. Полученный гной переносят в стерильную пробирку и отправляют в лабораторию для исследования характера флоры и определения ее чувствительности к антибиотикам.

Следующий этап состоит в кольпотомии. В намеченном участке скальпелем прокалывают свод и плотную капсулу гнойника, которая прилежит к слизистой оболочке влагалища (рис. 121,в). Через проделанное отверстие выпускают гной. Если между капсулой гнойника и слизистой оболочкой свода сохранилась нерасплавленная клетчатка, ее следует осторожно тупым путем, лучше пальцем, несколько расслоить и только после этого приступить к вскрытию абсцесса (рис. 121,*г*).

После вскрытия и опорожнения гнойника в полость сразу же вводят дренажную трубку (рис. 121,*д*). Промывать полость абсцесса нет необходимости, так как оставшееся содержимое постепенно будет стекать по дренажной трубке. Поэтому трубка должна иметь достаточно широкий просвет и добавочные отверстия на боковой поверхности на случай закупорки ее основного. На внутреннем конце трубки устанавливают

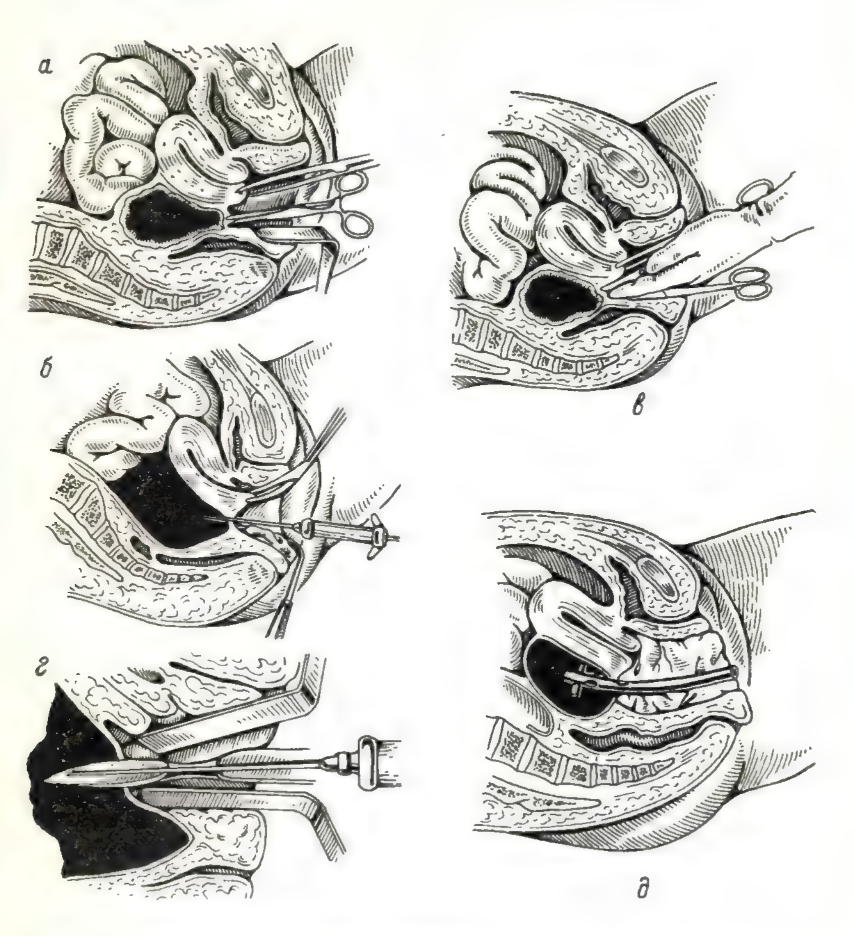


Рис. 121. Операция задней кольпотомии.

а — этап подготовки заднего свода влагалища к пункции и кольпотомии; *б* — пункция заднего свода; *в* — расслоение тканей свода пальцем для подхода к гнойнику; *г* — кольпотомия (скальпелем прокалывают задний свод и капсулу гнойника); *д* — установка дренажной трубки в полость опорожненного гнойника.

перекладинку (крестовина), чтобы дренаж не выскользнул из полости гнойника. Влагалищную часть трубки обкладывают марлевым тампоном во избежание проскальзывания ее в полость гнойника. Если кольпотомическое отверстие имеет недостаточные размеры, его можно увеличить с помощью введенного корнцанга или ножниц путем раскрытия их браншей. На этом операция заканчивается.

Дренажную трубку извлекают после окончательной ликвидации клинических симптомов воспаления (температура, пульс, общее состояние больной, показатели крови) и прекращения отделения гноя по трубке. По извлечении трубки влагалище обрабатывают спиртом и настойкой йода, а затем обрабатывают периодически до полного закрытия кольпотомического отверстия. До окончательного формирования рубца не следует применять спринцевание влагалища.

Кольпотомия боковая. Гнойный параметральный очаг может располагаться в боковых сводах. В этих случаях выполнение кольпотомии требует особой осторожности. Если при выполнении задней кольпотомии существует опасность ранения прямой кишки, то при боковой такой опасности подвергаются мочеточники и маточные сосуды. Поэтому в целях предупреждения подобных осложнений целесообразно боковую кольпотомию начинать с разреза заднего свода. Технически этот этап выполняют следующим образом.

Захватывают заднюю губу шейки матки и отводят к лону. Затем рассекают слизистую оболочку заднего свода влагалища и через это отверстие тупым путем, лучше корнцангом или желобоватым зондом, постепенно и осторожно продвигают в сторону нижнего участка инфильтрата. Ткани сохранившейся клетчатки расслаивают до ощущения плотной капсулы абсцесса. После этого производят пункцию гнойника под контролем пальца. При получении в пунктате гноя капсулу вскрывают скальпелем или, в целях предосторожности, желобоватым зондом, после чего отверстие расширяют с помощью корнцанга (рис. 122). Остальные этапы боковой кольпотомии (дренирование и дальнейшее ведение) те же, что и при задней кольпотомии.

Примечание. При распространении инфильтратов книзу и достижении ими влагалища различия между пельвиоперитонитом и параметритом исчезают. Поэтому все сказанное в отношении техники операции справедливо не только для параметритов, но и для аналогичных по форме гнойных пельвиоперитонитов.

Брюшностеночный (экстраперитонеальный) доступ к параметральному гнойнику. Это вмешательство в ряде случаев может оказаться относительно несложным главным образом тогда, когда гнойный очаг достаточно приближен к коже брюшной стенки, что определяется по ее своеобразной реакции. Значительно более сложной может стать ситуация, при которой инфильтрат, располагающийся в тазу, отдален от брюшной стенки и для его вскрытия необходимо пройти через нерасплавленные ткани. Такая операция требует особой ос-

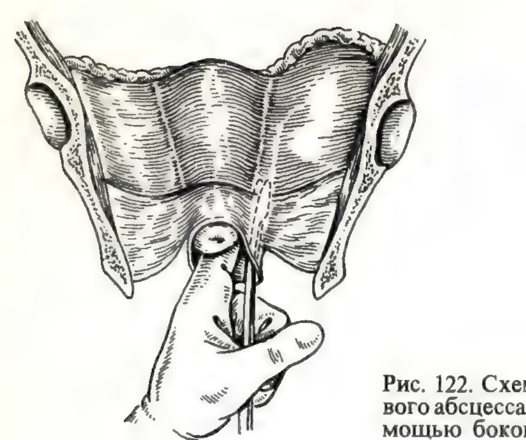


Рис. 122. Схема вскрытия бокового абсцесса (параметрит) с помощью боковой кольпотомии.

торожности и постепенного раздвигания отдельных слоев с тем, чтобы случайно не проникнуть в брюшную полость.

Предварительную пункцию участка предполагаемого гнойника через брюшную стенку нельзя отнести к числу обязательных манипуляций. Она может выполняться только в исключительных случаях опытным хирургом и обязательно после опорожнения мочевого пузыря и тщательной очистки кишечника.

При подходе к гнойнику со стороны пупартовой связки следует иметь в виду, что доступ к нему связан с необходимостью раздвигания мышечных пластов и прохождения через фасциальные образования.

Техника вскрытия гнойника со стороны передней брюшной стенки. Кожу и подкожную клетчатку в области наметившегося прорыва гнойника рассекают одним из разрезов (рис. 123,*а*). Чаще такой разрез приходится делать над пупартовой связкой. Если обнаруживается участок флюктуации, гнойник легко вскрывается. Отверстие расширяют тупым путем для обеспечения достаточного оттока гноя. В полость гнойника вводят дренаж. При обширных гнойниках, занимающих всю переднюю поверхность нижнего отдела живота, целесообразно наложить дополнительные контрапертуры путем разрезов на противоположной стороне. Границы гнойной полости и места дополнительных разрезов могут быть уточнены с помощью введения в эту полость тупого инструмента, например корнцанга (рис. 123,*б*). Если гнойник располагается глубже, подход к нему может быть открыт после раздвигания тупым путем мышечных пластов и осторожного рассечения фасциальных

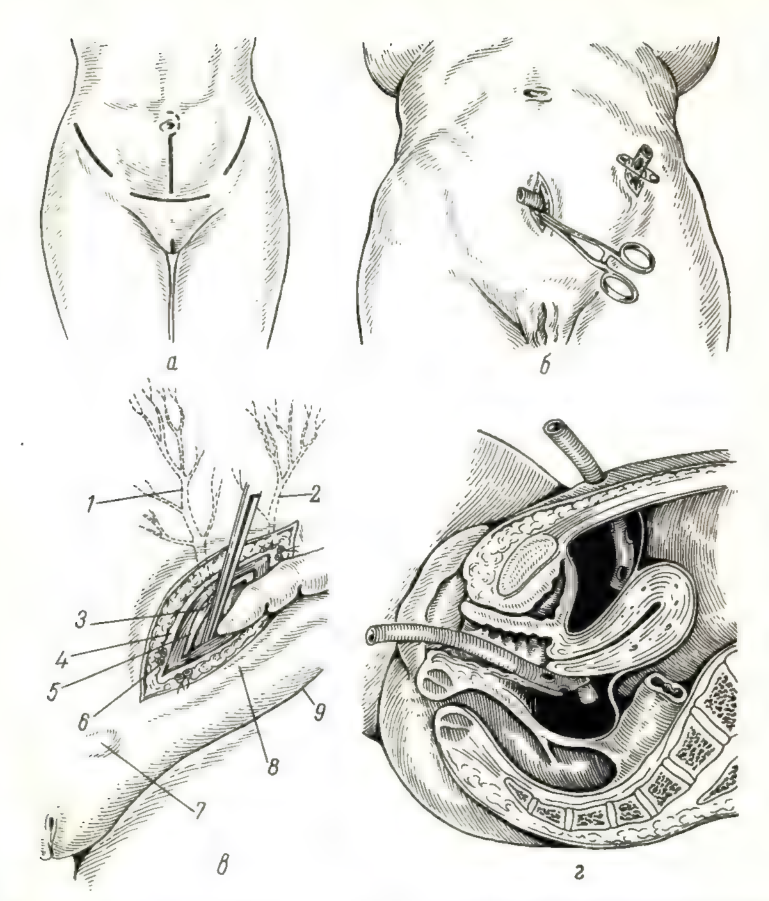


Рис. 123. Этапы вскрытия параметрального гнойника со стороны передней брюшной стенки.

а — месторасположение кожных разрезов; *б* — определение границ гнойной полости с помощью корнцанга и уточнение мест для контрапертур; *в* — момент постепенного подхода к глубоко расположенному гнойнику: *1, 2* — подчревные поверхностные вены, *3* — внутренняя косая мышца, *4* — апоневроз наружной косой мышцы, *5* — поперечная фасция, *6* — перевязанные наружные срамные вены; *7* — лонный бугорок, *8* — пупартова связка, *9* — паховая складка; *г* — дренирование гнойной полости со стороны передней брюшной стенки и через кольпотомическое отверстие.

образований (рис. 123,*в*). В ряде случаев при обширных гнойниках, параметритах может оказаться необходимым более широкое хирургическое вмешательство с использованием брюшностеночного и влагалищного доступов, чтобы обеспечить опорожнение гнойника в нескольких участках со стороны брюшной стенки через кольпотомическое отверстие (рис. 123,г).

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Глава 22

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Общие замечания. Любое хирургическое вмешательство оказывает существенное влияние на организм женщины, причем оно выражено больше, чем сложнее и длительнее операция. Особое состояние больных после операции, связанное с рядом реакций организма на вмешательство, даже при условии высокой хирургической техники и методов анестезии является вполне закономерным. К числу таких реакций следует отнести различные функциональные нарушения органов и систем, проявляющиеся, например, дыхательной недостаточностью, нарушениями кислотно-щелочного равновесия и водно-солевого обмена. На выраженность клинических проявлений после операции может оказывать влияние также субъективная реакция самой больной, например страх перед предстоящими наркозом и операцией. Кроме того, реактивность организма может зависеть от охлаждения брюшных органов, кровопотери, действия наркотических веществ, выраженности болевых ощущений после операции и других факторов. Вполне понятно, что характер и степень ответных реакций во многом будут обусловлены также общим состоянием оперируемой, обстановкой в лечебном учреждении, особенно в период подготовки к операции, и др.

В связи с этим организация предоперационного и послеоперационного ухода за больными, точная и своевременная оценка реактивности организма приобретают существенное значение. В большинстве случаев правильное ведение послеоперационного периода по существу венчает успех любой операции. Поэтому роль хирургов и анестезиологов не должна заканчиваться выполнением операции. Они должны продолжать наблюдение за больными и после операции, поскольку осложнения послеоперационного периода могут быть более серьезными, чем сама операция.

Рекомендации по ведению оперированных больных в операционной. Еще в операционной следует убедиться в благо-

получном выполнении вмешательства. Первые впечатления о состоянии больной после операции могут быть получены на основании общего вида больной, окраски кожи и видимых слизистых оболочек, показателей пульса, артериального давления, количества и качества выпущенной мочи. Только при благополучии со стороны этих показателей операция может считаться законченной.

Если нет сомнений в том, что во время операции не могло произойти ранение мочеточников или мочевого пузыря, то наличие крови в моче следует связывать с трансфузией крови, несовместимой по групповой или резусной принадлежности. В этих случаях следует углубить наркоз и продолжить его хотя бы в течение 2—3 ч. Может оказаться необходимым заменное переливание совместимой крови. В дальнейшем больная должна находиться под особым наблюдением и в случае усугубления реакции несовместимости подвергнуться гемодиализу. Если же правила гемотрансфузии не нарушались, гематурию следует связывать с травмой мочевого пузыря или мочеточников.

Дифференциальные затруднения при ранении мочевого пузыря или мочеточников можно устранить с помощью цистоскопии. В этих случаях исключается или подтверждается ранение мочеточников с помощью хромоцистоскопии.

Следует иметь в виду, что незначительная гематурия может быть результатом травмы мочевого пузыря зеркалом без нарушения целости его стенок. В этих случаях окрашивание мочи кровью представляется менее интенсивным, а затем происходит ее постепенное просветление, иногда не требующее каких-либо специальных мероприятий. Достаточно ограничиться установкой на 1—2 дня постоянного катетера, который извлекают, как только нормализуются вид мочи и функция мочевыведения. Наоборот, при наличии значительной примеси крови в моче или подозрении на внутреннее кровотечение выполнение релапаротомии в тактическом отношении наиболее оправдано.

Выведение больной из состояния наркоза целесообразно осуществлять в условиях операционной, где при необходимости в полном объеме может быть оказана помощь. Переводить больную из операционной в палату можно только после того, как будет установлено, что больная не внушает опасений и не нуждается в повторном срочном хирургическом вмешательстве, а также полностью выведена из состояния наркоза. Перевозить в палату целесообразно на согретой каталке в сопровождении медицинского персонала, лучше анестезиолога. При этом необходимо соблюдать правила,

предупреждающие рвотные движения и возможную аспирацию рвотных масс. В палате больную укладывают на заранее согретую постель.

Рекомендации по ведению больных в послеоперационной палате (палате интенсивной терапии). В первые 2—3 дня после операции больные нуждаются в активном ведении, тщательном наблюдении и уходе. В связи с этим в современных условиях хирургической практики принято выделять специальные палаты для больных, готовящихся к операции, и палаты послеоперационного профиля. Послеоперационные палаты должны быть оснащены всем необходимым для оказания специализированной помощи: инструментарием для интубации, оборудованием для дачи кислорода, приспособлениями для трансфузии крови и лекарственных растворов, шприцами и соответствующими медикаментозными средствами. В палате организуется постоянный индивидуальный медицинский пост, который обслуживает сестра, соответственно подготовленная в вопросах ухода и ведения послеоперационного периода.

В послеоперационном периоде наблюдение за больными должно осуществляться по определенной программе, позволяющей своевременно устранить или предупредить те или иные нарушения. Прежде всего следует обращать внимание на состояние нервной системы больных, у которых возможно как возбуждение, так и угнетение эмоциональных реакций. Почти у всех оперированных отмечается нарушение дыхания, нередко протекающее с явлениями гипоксии (дыхание поверхностное, несколько учащенное). Могут возникать также нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (развитие тахикардии, экстрасистолии или изменений артериального давления). Из числа сдвигов, имеющих существенное значение в оценке состояния больных, следует отметить развитие гиперкальциемии, гипохлоремии, а также нарушения кислотно-щелочного равновесия (снижение щелочного резерва) и водно-электролитного обмена. В показателях периферической крови выявляются лейкоцитоз, сдвиги в формуле белой или красной крови, нередко увеличение числа тромбоцитов.

Одни нарушения обнаруживаются тотчас по выходе больной из наркоза (реакции со стороны центральной нервной системы, дыхательной и сердечно-сосудистой систем), другие — по прошествии нескольких дней после операции (нарушения обменных процессов, воспалительные реакции, изменения со стороны крови).

Боли начинают ощущаться, как только больная выходит из состояния наркоза или прекращается действие анестезии,

если операция проводилась под местным обезболиванием. В основном болевые ощущения возникают в зоне бывшей операции. Реже, в связи с использованием эндотрахеального наркоза, боли отмечаются в глотке или гортани в результате давления трубки. Нередко боли и боязнь расхождения швов заставляют больную принимать вынужденное положение, не двигаться, поверхностно дышать или избегать глубоких вдохов. Это обстоятельство приводит к снижению внешнего дыхания, нарушению газообмена, скоплению в бронхотрахеальном дереве слизи, возникновению ателектаза и гипоксии. Именно на этом фоне чаще всего развиваются тяжелые послеоперационные осложнения типа пневмонии или наклонности к патологическому тромбообразованию. Поэтому необходимо обеспечить достаточную оксигенацию больных, применять действенные болеутоляющие средства. Если больная в ближайший послеоперационный период вступает в контакт с врачом, необходимо тотчас успокоить её в благополучном исходе операции и внушить уверенность в скором выздоровлении. Целесообразно убедить больных в необходимости осторожных движений и глубоких вдохов. Опыт показывает, что мягкосердечное и доброе отношение к больным существенно изменяет их реакции, они быстро успокаиваются и охотно выполняют указания ухаживающего персонала.

Если больная возбуждена и недостаточно контактна, можно использовать седативные средства. Хороший эффект в этом отношении дает аминазин, который вводят внутримышечно (5 мг, предварительно разведенные в 5 мл 0,5% раствора новокаина), а также дроперидол, фентанил и др. Лекарственные вещества или питье назначать per os в первые дни не следует. При сухости во рту и заметном обезвоживании целесообразно внутривенное введение различных растворов (5% раствор глюкозы, физиологический раствор в комплексе с другими лекарственными веществами, назначаемыми по определенным показаниям).

Следует способствовать отхождению мокроты, так как из-за болезненных ощущений женщины откашливают ее недостаточно хорошо. С целью предупреждения легочных осложнений в ряде случаев имеет смысл применять для удаления мокроты отсасывание. Нужно иметь в виду, что повышенную секрецию слизистой оболочки трахеобронхиального дерева и слюноотделение могут вызвать некоторые релаксанты, обладающие мускариноподобным действием (релаксанты короткого действия — листенон, дитилин и др.), широко используемые в современной анестезиологической практике.

Из болеутоляющих средств наиболее широкое распространение получили морфин, пантопон и промедол. Следует быть осторожным с назначением морфина, так как у некоторых больных наблюдается идиосинкразия к этому препарату.

С целью болеутоления у некоторых больных может быть использовано внутривенное введение 10—15 мл 0,5% раствора новокаина. В этих случаях также необходимо предварительно уточнить чувствительность к нему, так как иногда она может оказаться повышенной (головокружение, общая слабость, падение артериального давления, коллапс, шок).

Существенного внимания и заботы после операции требуют состояния, обусловленные дыхательной недостаточностью. Лечебные мероприятия при недостаточности внешнего дыхания сводятся к применению болеутоляющих средств, отсасыванию скапливающейся мокроты, достаточной оксигенации (кислород вводят в нос через катетер). При тяжелых формах недостаточности полезно применить принудительное дыхание с помощью специальных аппаратов. Для достижения глубокого дыхания может быть использована также анальгезия закисью азота, устраняющая болевые ощущения при глубоком вдохе.

Не меньшее значение могут иметь сердечно-сосудистые расстройства (учащение пульса, появление экстрасистолий или аритмий, особенно у пожилых женщин, а также снижение артериального давления). При общем удовлетворительном состоянии умеренно выраженные расстройства постепенно исчезают сами по себе после нормализации температуры тела и в большинстве случаев не требуют специальной коррекции. Однако в послеоперационном периоде проявления сердечно-сосудистых расстройств могут быть более серьезными. Причиной подобных нарушений чаще всего являются погрешности наркоза (выраженная гипоксия), существенная кровопотеря во время операции или тягостные операционные боли. Важно при этом различать две группы нарушений, механизм возникновения которых в одних случаях связан с недостаточностью периферического кровообращения, а в других — с сердечной недостаточностью. Нарушения первого типа обычно характеризуются выраженной тахикардией (свыше 150 ударов в минуту) и стойким падением артериального давления (бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, холодный пот, спавшиеся вены, отсутствие мочи). Лечебные мероприятия в этих случаях должны быть направлены на возмещение кровопотери трансфузией крови (лучше прямое переливание) или плазмы в сочетании с вазопрессорными

средствами (мезатон — 0,1—0,3 мл 1% раствора, норадреналин). Одновременно полезно провести активную витаминизацию (аскорбиновая кислота, витамины группы В, никотиновая и фолиевая кислоты). Следует иметь в виду, что при обширных и травматичных операциях, а также при тяжелых кровопотерях страдает функция надпочечников. Поэтому наряду с обычными мероприятиями, направленными на снятие шока и ликвидацию последствий кровопотери, хороший эффект могут дать кортикостероиды (гидрокортизон, кортизон и др.).

Для нарушений второго типа характерны появление аритмии, возникновение право- и левожелудочковой недостаточности, а также недостаточность коронарного кровообращения. Правожелудочковая недостаточность сопровождается болями в области печени, сердца или грудной клетки и выраженной тахикардией. К основным проявлениям левожелудочковой недостаточности относятся повышение артериального давления, одышка, двигательное беспокойство, возникновение мелкопузырчатых хрипов вследствие развивающегося отека легких. Коронарная недостаточность характеризуется загрудинными болями и падением артериального давления; чаще нарушения этого типа устанавливаются с помощью электрокардиографии.

Лечебные мероприятия в таких случаях тем эффективнее, чем раньше распознано осложнение, поэтому своевременно начатое лечение обеспечивает быстрое купирование возникших нарушений. При стойких и выраженных аритмиях успешный результат может дать непрерывная и достаточная оксигенация в сочетании с применением эуфиллина (2—3 мл 12% раствора внутримышечно) и новокаинамида (5—10 мл 10% раствора внутримышечно).

При острой правожелудочковой недостаточности хороший эффект достигается также с помощью оксигенации, новокаинамида, внутривенного капельного введения строфантина (0,25 мл 0,05% раствора, разведенного в 10—20 мл 20% раствора глюкоза) и применения антикоагулянтов.

В случаях левожелудочковой недостаточности необходимое снижение артериального давления обеспечивается с помощью анальгетиков (промедол, пантопон); одновременно показаны антикоагулянты.

При острой коронарной недостаточности терапия также сводится к достаточной оксигенации, применению анальгетиков, папаверина (1—2 мл 2% раствора подкожно) и атропина (0,5—2 мл 0,1% раствора подкожно). При наличии у больных склонности к повышению свертываемости крови следует при-

менять антикоагулянты под контролем протромбинового времени. В случае существенного снижения артериального давления могут быть применены небольшие дозы норадреналина.

Одно из существенных осложнений в послеоперационном периоде — это нарушение водно-электролитного обмена. Расстройства углеводного, белкового и жирового обмена могут быть вызваны переживаниями, связанными с ожиданием предстоящей операции, голоданием, обусловленным подготовкой больной к операции, и самой операционной травмой. Особенно выраженными бывают нарушения водно-электролитного равновесия в результате обезвоживания организма больной. Потеря воды в этих случаях обусловлена учащением дыхания, повышенной потливостью, кровопотерей и лихорадочным состоянием, т. е. неизбежными факторами, сопутствующими любой операции. Существенное значение в этот период имеет поддержание в организме необходимого уровня калия и натрия, так как они регулируют обменные процессы клетки с внешней средой. Между тем при хирургическом вмешательстве равновесие между содержанием калия и натрия нарушается. Коррекция водно-электролитного баланса проводится путем введения соответствующих растворов.

Первый день после операции является самым ответственным, требующим внимательного наблюдения за больной. Именно в это время может возникнуть дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность (последствия невозмещенной кровопотери, гипоксия вследствие поверхностного дыхания, первые проявления болевых ощущений и др.). Поэтому необходимо обеспечить постоянную оксигенацию и своевременное введение болеутоляющих средств. В этот же период важно осуществлять объективный контроль за общим состоянием больной (частота и глубина дыхания, особенности пульса, артериального давления, вид слизистых оболочек). К исходу дня очень важно опорожнить мочевой пузырь, так как самостоятельное мочеиспускание не у всех больных возможно из-за болевых ощущений и необходимости мочиться лежа. Позже самостоятельного мочеиспускания можно добиться подведением теплого судна и вызыванием рефлекса с помощью текущей струи воды. Если эти мероприятия не достигают цели, можно ввести 1 мл питуитрина подкожно или 5—10 мл 40% раствора уротропина внутривенно.

При катетеризации мочевого пузыря необходимо тщательно соблюдать асептику. Катетер должен быть смазан вазелиновым маслом, чтобы не травмировать слизистую оболочку уретры. Выпущенную мочу обязательно измеряют и оцени-

вают качественно. При малом количестве мочи или обнаружении в ней примеси крови дежурная сестра должна тотчас поставить в известность лечащего или дежурного врача.

При некоторых операциях, например ушивании пузырно-влагалищных свищей, нередко катетер устанавливают постоянно на несколько суток, чтобы обеспечить спавшееся состояние мочевого пузыря. В этих случаях от медицинской сестры требуется особое внимание, так как проходимость катетера в результате его закупорки может нарушаться. Количество выделенной мочи измеряют каждые 2 ч; оно должно соответствовать 30—50 мл. Если количество мочи внезапно резко уменьшается, можно предполагать возникновение препятствия ее оттоку (закупорка катетера) или выскальзывание его из пузыря. В этих случаях дежурная сестра также обязана поставить в известность врача, который должен правильно установить катетер или, не извлекая, промыть его раствором борной кислоты.

В ряде случаев, особенно после пластических операций, предпринятых по поводу относительного недержания мочи, у больных может возникнуть задержка самопроизвольного мочеиспускания, хотя мочевой пузырь переполнен, а больная встает с постели и ходит. В этих редких случаях осложнение связано с подавлением рефлекса мочеиспускания, который не всегда удается восстановить при помощи лекарственных и физиотерапевтических средств. Между тем продолжительная катетеризация мочевого пузыря может вести к воспалительным осложнениям, особенно при застойной моче. В таких случаях целесообразно периодически промывать мочевой пузырь антисептическими растворами.

К исходу первых суток можно разрешить больным небольшие движения в постели (если к этому нет противопоказаний со стороны общего состояния). К таким полезным движениям относятся сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах, глубокие вдохи и периодическая перемена положения тела в кровати. Первые изменения положения должны выполняться с помощью медицинской сестры

На ночь следует ввести (внутривенно) 20—40 мл 40% раствора глюкозы с витаминами и болеутоляющие средства (пантопон, промедол), способствующие улучшению общего состояния и нормализации сердечно-сосудистой деятельности.

В первые сутки прием пищи и жидкости естественным путем нецелесообразен, так как это может вести к возникновению рвотного рефлекса. При ощущении сухости во рту допустимо смачивание водой губ и языка.

Второй день после операции, если состояние больной не сопровождается какими-либо индивидуальными особенностями, характеризуется более бодрым самочувствием и лучшим контактом. С целью предупреждения застойных явлений в легких следует продолжить дыхательную гимнастику (с использованием кислорода), а после утренней уборки целесообразно поставить круговые банки. Важно также оценить общее количество и качество мочи, выделенной больной за сутки. Со 2-го дня больные могут получать бульон, сладкий чай или кофе, печенье или сухари. Одновременно необходимо обратить внимание на состояние полости рта и в случае необходимости провести соответствующую гигиеническую обработку.

На 2-е сутки послеоперационного периода обычно сохраняется в той или иной степени выраженное состояние обезвоживания. Поэтому с утра целесообразно наладить капельное внутривенное введение жидкости. Специальные лечебные мероприятия (например, переливание крови, применение сердечных средств или гормональных препаратов) используются только по определенным показаниям. При воспалительных осложнениях по соответствующим показаниям применяются антибиотики.

На 3-й день послеоперационного периода больных начинает беспокоить скопление в кишечнике газов. В целях облегчения состояния сначала может быть использована газоотводная трубка, а затем клизма с гипертоническим раствором. Реже возникает необходимость в применении сифонных клизм.

Если больная не нуждается в специальном наблюдении и уходе, то на 3-й день она может быть переведена в общую послеоперационную палату.

Если нет противопоказаний со стороны общего состояния или особенностей оперативного вмешательства, то на 3-й день после чревосечения больным можно разрешить вставать или сидеть в постели. С этого времени лечебные гимнастические упражнения продолжают в более расширенном объеме. Первый подъем больных с постели должен осуществляться при помощи медицинского персонала или под его контролем.

Раннее вставание имеет существенное преимущество перед подъемом больных на 9—10-й день. Установлено, что оно предотвращает ряд послеоперационных осложнений (пневмония и тромбообразование), улучшает физиологические функции организма и редко приводит к осложнениям.

После пластических операций на промежности вставать с постели можно разрешать не ранее 6—7-го дня, а сидеть — только на 9—10-й день. Раннее вставание при этих операциях

приводит к резкому повышению внутрибрюшного давления, что неблагоприятно отражается на исходе операций.

Питание больных с 3-го дня постепенно расширяется. С 4-х суток состояние больных обычно улучшается и характеризуется постепенным восстановлением всех функций организма. Для очищения кишечника у большинства больных может быть использована клизма. Если же операция производилась на прямой кишке (по поводу ректовагинального свища, восстановления анального сфинктера), вызывать стул с помощью клизмы можно не раньше 8-го дня после операции. До этого времени необходимо задерживать действие кишечника (например, с помощью опия). Назначать клизмы в более поздние сроки следует и после других вмешательств на кишечнике (аппендэктомия, резекция кишечника).

После брюшностеночных чревосечений шелковые швы снимают на 9-й день, а металлические скобки — на 7-й. На 13—15-й день после операции, больные могут быть выписаны под наблюдение участкового врача.

Иначе ведут больных, перенесших пластические операции на промежности или влагалище. После обычной пластики на 4-й день, после стула, производят осторожное влагалищное спринцевание антисептическими растворами с последующей гигиенической обработкой промежности. Швы снимают на 5-й день. Разрешают встать с постели на 7—8-й день. Готовить таких больных к выписке можно на 13—15-е сутки, если достаточно хорошо сформировался рубец на промежности и окрепло тазовое дно.

Некоторые рекомендации по ведению послеоперационного периода, осложненного сопутствующей патологией. В особом внимании после операции нуждаются больные старческого возраста, так как у них чаще наблюдаются осложнения во время хирургических вмешательств и в послеоперационном периоде. У больных этого возраста имеются возрастные изменения сердечной мышцы, поэтому внутривенное введение растворов необходимо производить медленно. Общее количество вводимой жидкости не должно превышать 1 л, а хлорида натрия — не более 5 г в сутки. Пожилым больным необходимо обеспечить достаточную оксигенацию; очень важно тщательное наблюдение за частотой и глубиной дыхания, а также деятельностью сердечно-сосудистой системы.

В особом внимании нуждаются также больные бронхиальной астмой: у них необходимо постоянно отсасывать бронхиальный секрет, причем нередко тотчас по окончании

операции. После выхода больной из состояния наркоза важно добиться достаточно глубокого дыхания и обеспечить хорошую оксигенацию. С профилактической целью должны использоваться адреналин, эфедрин, папаверин и другие средства, действующие на гладкую мускулатуру и уменьшающие секрецию бронхов.

Легкоранимыми оказываются больные с заболеваниями щитовидной железы. Такие больные в послеоперационном периоде нуждаются в назначении больших количеств болеутоляющих средств. Проводившуюся перед операцией терапию (например, по поводу тиреотоксикоза) следует продолжать и в послеоперационном периоде. Необходимо иметь в виду, что у таких больных может оказаться подавленной функция надпочечников.

У больных диабетом в послеоперационном периоде целесообразно осуществлять контроль за содержанием сахара в крови и показателями щелочного резерва, так как при диабете могут наблюдаться плохое заживление ран, воспалительные и инфекционные заболевания, легочные осложнения, сердечно-сосудистые нарушения и флебиты. Плановые операции у таких больных осуществляются только после соответствующей предоперационной подготовки. Профилактика подобных осложнений должна проводиться и в послеоперационном периоде. Нужно систематически исследовать мочу (белок, сахар, ацетон), а также уровень сахара в крови. Если диурез повышается, исчезают кетоновые тела в моче, снижается содержание сахара крови и поднимается щелочной резерв (выше 20 об.%), то можно считать, что послеоперационный период протекает вполне благоприятно. Если же появляются чувство голода, обильное потоотделение, судорожное подергивание мышц, а в тяжелых случаях конвульсии, это свидетельствует о наступлении гипергликемической комы.

При развитии гипогликемической комы больные ощущают жажду; могут появиться судорожные сокращения мышц брюшной стенки, хриплое дыхание, признаки обезвоживания, снижение внутриглазного давления, исчезает также ряд рефлексов. Состояние комы — очень тяжелое осложнение послеоперационного периода. Все лечебные мероприятия, необходимые для устранения проявлений диабета в послеоперационном периоде, должны проводиться совместно с терапевтом и эндокринологом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Абрамова М. М. Атлас гистеросальпингографии. — М.: Медгиз, 1963. — 126 с.

Алейникова Т. П. Клиника, диагностика и лечение рака тела матки. — М., 1968. — 20 с.

Александров М. С. Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки. — М.: Медгиз, 1955. — 188 с.

Атабеков Д. Н. Гнойные очаги в малом тазу у женщин. — М., 1953. — 92 с.

Атабеков Д. Н. Очерки по урогинекологии. — М.: Медгиз, 1954. — 143 с.

Бакшеев Н. С., Бакшеева А. А. Лечение рака яичников. — Киев, Здоров'я, 1969. — 168 с.

Бакшеев Н. С., Миляновский А. И., Ильяшенко Н. А. Злокачественные новообразования женских половых органов. — М.: Медицина, 1977. — 328 с.

Баскаков В. П. Эндометриозы. — Л.: Медицина, 1966. — 254 с.

Бодяжина В. И., Жмакин К. Н. Учебник гинекологии. — М.: Медицина, 1967. — 364 с.

Бохман Я. В. Клиника и лечение рака шейки матки. — Кишинев, Штиинца, 1976. — 234 с.

Бохман Я. В. Метастазы рака матки. — Л.: Медицина, 1976. — 159 с.

Брауде И. Л., Персианинов Л. С. Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии. — М.: Медгиз, 1962. — 359 с.

Василевская Л. Н., Винокур М. Л. Основы кольпоскопии. — М.: Медучпособие, 1971. — 107 с.

Винницкая В. К. Пути метастазирования рака матки. — Киев, Здоров'я, 1977. — 111 с.

Вопросы патогенеза, лечения и профилактики предраковых состояний шейки матки/Под ред. М. А. Петрова-Маслакова. — Л.: Медицина, 1965. — 174 с.

Габелов А. А. Общие принципы комбинированного и комплексного лечения злокачественных новообразований гениталий (методические рекомендации). — Л., 1976. — 67 с.

Гиговский Е. Е. Однорукавный метод образования влагалища у женщины из сигмовидной кишки. — М.: Медгиз, 1963. — 83 с.

Глазунов М. Ф. Опухоли яичников. — Л.: Медгиз, 1961. — 326 с.

Глебова М. И. Рак матки (Заболеваемость и смертность). — М.: Медицина, 1977. — 103 с.

Голубев В. А. Хирургическое лечение воспалительных заболеваний женских половых органов. — Киев, Здоров'я, 1975. — 118 с.

Грязнова И. М. Рентгеноконтрастная пельвеография и эндоскопия в гинекологии. — М.: Медицина, 1972. — 280 с.

Давыдов С. Н. Брюшинный кольпопоэз. — Л.: Медицина, 1977. — 87 с.

Давыдов С. Н., Хромов Б. М., Шейко В. З. Атлас гинекологических операций. — Л.: Медицина, 1973. — 290 с.

Деражне А. Б. Преклинический рак шейки матки. — Л.: Медицина, 1972. — 222 с.
Дильман В. М. Эндокринологическая онкология. — Л.: Медицина, 1974. — 399 с.
Кисты и кистомы яичников/Под ред. В. И. Бодяжиной. — М.: Медицина, 1969. — 191 с.
Козлова А. В. Лучевая терапия злокачественных опухолей. — М.: Медицина, 1971. — 351 с.
Колачевская Е. Н. Туберкулез женских половых органов. — М.: Медицина, 1975. — 211 с.
Лукьянченко Б. Я. Лимфография. — М.: Медицина, 1966. — 219 с.
Мажбиц А. М. Оперативная урогинекология. — Л.: Медицина, 1964. — 415 с.
Макаренко Т. П., Харитонов Л. Г., Богданов А. В. Ведение послеоперационного периода у больных общехирургического профиля. — М.: Медицина, 1976. — 239 с.
Макаров Р. Р. Внематочная беременность. — Л.: Медгиз, 1958. — 128 с.
Макаров Р. Р., Фигурнов К. М. Клинические лекции по избранным главам акушерства. — Вып. 3. — Л.: Медгиз, 1969. — 455 с. — Вып. 3.
Мандельштам А. Э. Семиотика и диагностика женских болезней. — Л.: Медицина, 1976. — 695 с.
Мошков Б. Н. Опухоли половой сферы девочек. — Киев, Госмедиздат УССР, 1960. — 72 с.
Мухина Е. П. Саркомы матки. — Л.: Медицина, 1966. — 99 с.
Нечаева И. Д. Опухоли яичников. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. — Л.: Медицина, 1966. — 176 с.
Нечаева И. Д., Дильман В. М. Хорионэпителиома матки. — Л., 1976.
Новикова Л. А., Григорова Т. М. Хорионэпителиома матки. — Л.: Медицина, 1968. — 160 с.
Персианинов Л. С. Оперативная гинекология. — Изд. 2-е. — М.: Медицина, 1976. — 576 с.
Савицкий Г. А. Хирургическое лечение врожденных аномалий полового развития в гинекологической практике. — М.: Медицина, 1975. — 159 с.
Селезнева Н. Д. Неотложная помощь в гинекологии. — М.: Медицина, 1976. — 167 с.
Серебров А. И. Оперативная гинекология. — Л.: Медицина, 1965. — 223 с.
Серебров А. И. Рак матки. — Л.: Медицина, 1968. — 326 с.
Arvay N., Picard J. D. La lymphographie. — Paris, 1963.
Cancer of the uterine cervix / Ed. E. C. Easson. — London, 1973.
Hausswald H. R., Seidenschnur G. Gÿnäkologische Laparoskopie. — Leipzig, 1976.
Horsky J. Pneumopelvigrafie v gynekologii. — Praha, 1961.
Kepp R., Staemmler H. J. Lehrbuch der Gynäkologie. 11. Verarbeiterte und erweiterté Auflage. — Stuttgart, 1975.
Kraus F. Gynaecologic pathology. — Saint Louis, 1967.
Nelson J. H. Atlas of radical pelvic surgery. — London, 1969.
Notfallversorgung in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Hsg. L. W. Ahnfeld, M. Halmagyi. — Berlin, 1975.
Reiffenstuhl G., Platzer W. Die vaginalen Operationen. Chirurgische Anatomie und Operationslehre. — München, 1974.
Te Linde R. W., Mattingly R. F. Operative gynecology. — Philadelphia, 1970.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ИБ № 1997

РОМАН РОМАНОВИЧ МАКАРОВ
АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ ГАБЕЛОВ

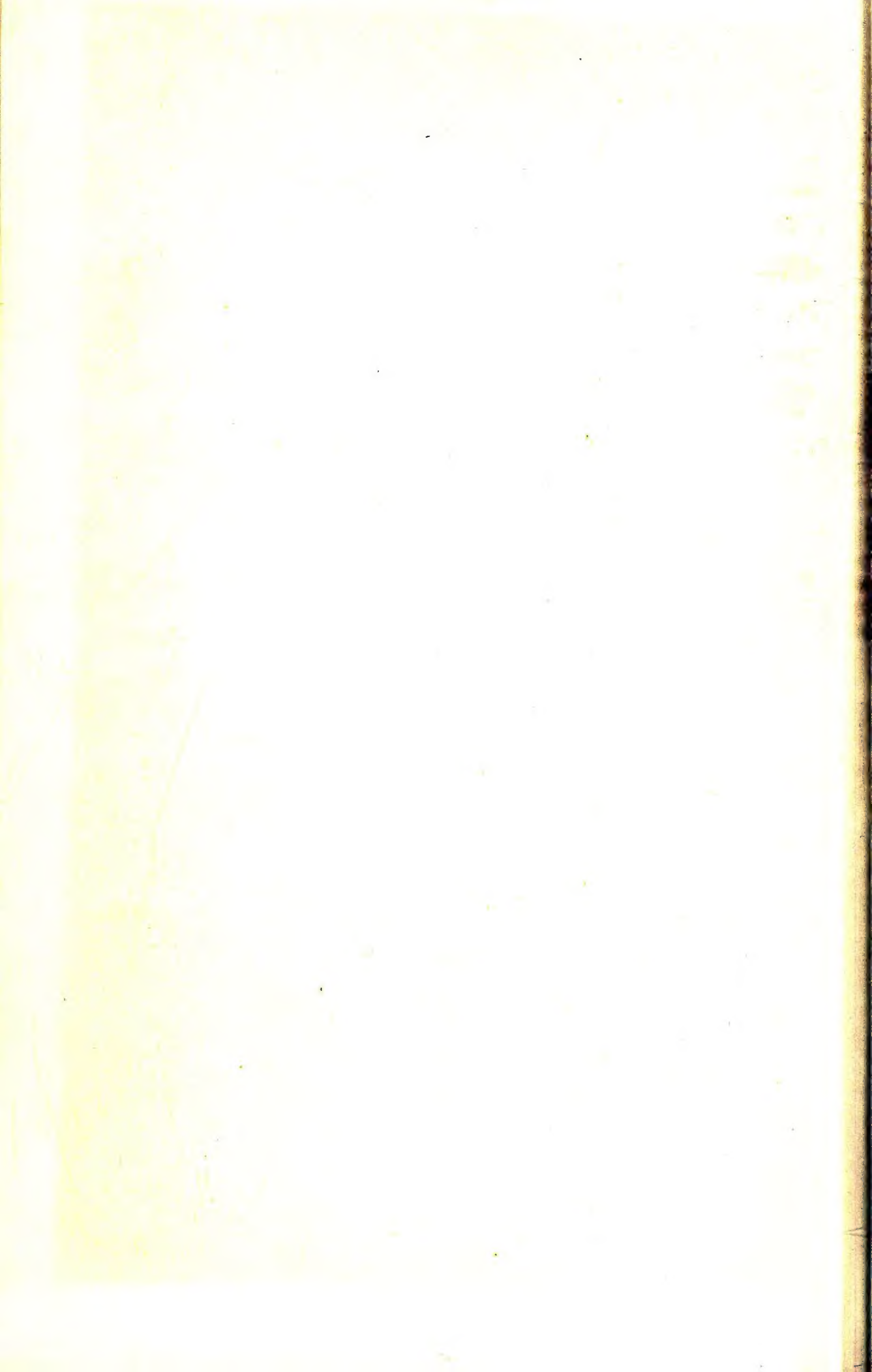
Оперативная гинекология

Редактор *В. М. Мазурова*
Художественный редактор *Л. Д. Виноградова* Переплет художника *В. С. Сергеевой*
Технический редактор *В. И. Табенская* Корректор *Л. Ф. Карасева*

Сдано в набор 20. 11. 78. Подписано к печати 03. 09. 79. Формат бумаги 84 × 108 1/32. Бум. офсет. № 1. Гарн. Таймс. Печать офсетная. Усл. печ. л. 17,22. Уч.-изд. л. 19,59. Тираж 100000 экз. Заказ 855 Цена 1 р. 20 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина»,
Москва, Петроверигский пер., 6/8
Ярославский полиграфкомбинат Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли.
150014, Ярославль, ул. Свободы, 97.







1 р. 20 к.